

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANGELA REGINA KIRCHNER
CECÍLIA RIBEIRO RAMOS
DAIANI MORAES OLIVEIRA**

O AUTOCUIDADO NO PERÍODO GESTACIONAL

**FLORIANÓPOLIS – SC
Semestre 2003/2**

ANGELA REGINA KIRCHNER
CECÍLIA RIBEIRO RAMOS
DAIANI MORAES OLIVEIRA

O AUTOCUIDADO NO PERÍODO GESTACIONAL

Relatório da Prática Assistencial
apresentado à disciplina de Enfermagem
Assistencial Aplicada do Curso de
Graduação em Enfermagem.

N.Cham. TCC UFSC ENF 0373

Autor: Kirchner, Angela R

Título: O autocuidado no período gestaci



972492476 Ac. 241638

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0373

Ex.1

ORIENTADORA:

Enf^a Dra. Marisa Monticelli

SUPERVISORA:

Enf^a Obstetriz Luiziane Renata Feijó

3º MEMBRO DE BANCA:

Enf^a Dda. Maria de Fátima Mota Zampieri

Florianópolis – SC
Semestre 2003/2

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de registrar nossos agradecimentos a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para que esta etapa de nossas vidas se concretizasse. Nosso muito obrigada...

À *Deus*, que com sua infinita bondade nos protegeu e iluminou e, em nossos momentos de desânimo e dúvidas, mostrou-nos alternativas para continuarmos essa caminhada.

Aos nossos pais *Zelanda e Paulo (Angela); Denise e Nivaldo (Cecília); Goretti e Mauro (Daiani)*. Nossa eterna gratidão, por nos darem a vida, pelo apoio, compreensão, incentivo e amor.

Aos nossos irmãos *Ana Paula, Karina e Paulo Ricardo (Angela); Timóteo (Cecília); Rafael, Camila, Lucas e Fernando (Daiani)* pelo carinho e compreensão a nós dedicados e pelo companheirismo nesta jornada.

À companheira *Josiane*, pelo amor, carinho e cumplicidade. Apoiando-me para superar as dificuldades e alegrando-se comigo a cada etapa vencida (Angela).

Ao Eduardo, pelo companheirismo, amor e paciência. Seu apoio foi essencial para a superação de várias dificuldades. Desculpe pela ausência física durante todos esses anos (Daiani).

À nossa orientadora *Marisa Monticelli*. Sua presença foi de suma importância para a realização deste trabalho. Obrigada por ter sido paciente, sensível, amiga, um pouco “cúmplice”, pelo entusiasmo com que abraçou nosso trabalho e pela oportunidade de nos transmitir seus conhecimentos. Não existem palavras que expressem o quanto somos gratas a você.

À supervisora do campo de estágio, *Luiziane Renata Feijó*, obrigada pelo acolhimento, pela especial contribuição, incentivo e valorização de nosso trabalho.

Ao terceiro membro da banca examinadora, *Maria de Fátima Mota Zampieri*, obrigada por contribuir na elaboração deste trabalho.

À *Equipe do Centro de Saúde I – Pinheira*, por terem nos recebido bem, compartilhado seu campo de trabalho conosco e enriquecido nosso estágio.

Às *gestantes e familiares*, personagens importantes nessa etapa de nossa vida, obrigada pela confiança e carinho. Essa vivência ficará para sempre guardada em nossas memórias. Sem a participação de vocês, este trabalho não faria sentido.

À *Secretaria de Saúde do município de Palhoça*, obrigada por nos permitir trabalhar e desenvolver nosso projeto assistencial com essa comunidade.

Ao *Ângelo Martins Fraga*, geógrafo, que de forma muito cordial nos auxiliou a traçar o mapa com a área de abrangência do CS, o qual nos serviu como rota na realização do estágio.

Aos *professores do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC*, nosso reconhecimento de gratidão pela forma amigável e solidária com que repassaram seus conhecimentos e experiências, o que muito contribuiu para o nosso aprendizado acadêmico e de vida.

Aos *amigos*, pelo seu companheirismo nas horas de dificuldades e nos momentos alegres, por nos incentivarem a continuarmos em busca de nossos ideais. Todos foram muito importantes nessa etapa de nossas vidas.

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência sobre a prática assistencial desenvolvida pelas acadêmicas da última fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, no Centro de Saúde I da Praia da Pinheira, em Palhoça-SC, no período de 9 de outubro a 9 de dezembro de 2003. Este estudo teve como principal objetivo prestar assistência de enfermagem às gestantes de baixo risco, fundamentada na Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea E. Orem, estimulando o autocuidado através de consultas de pré-natal e grupo de gestantes. Tendo como pressuposto básico que a gestação é um processo desenvolvimental e fisiológico no qual as mulheres gestantes desempenham papel ativo na promoção de sua saúde, assumiu-se que a enfermagem auxilia neste processo transicional, instrumentalizando-as com conhecimentos e práticas que contribuem para promovê-las como agentes de seus autocuidados, em colaboração com os outros integrantes da equipe profissional. O marco conceitual que forneceu a referência teórica para a prática envolveu os conceitos de ser humano, enfermagem, saúde-doença, sociedade, autocuidado, necessidade, requisito ou exigência de autocuidado e déficit de autocuidado. A metodologia adotada para a prática assistencial com as gestantes constituiu-se da consulta de enfermagem (contemplando três fases concomitantes e complementares: coleta de dados; plano de cuidados e implementação; e evolução de enfermagem) e do grupo de gestantes, sendo que esta metodologia envolveu a visita domiciliar como estratégia básica de interação e comunicação entre as acadêmicas e as gestantes e seus familiares. A vivência com as mulheres e seus familiares (seja na consulta ou no grupo de gestantes) oportunizou a identificação das necessidades e capacidades de autocuidado de cada mulher sendo que, através do cotejamento entre estas necessidades e capacidades, foi possível definir os déficits de autocuidado. A partir desse balanço, foram estabelecidas e implementadas as metas assistenciais, de modo participativo, visando a resolução dos déficits definidos. Os resultados deste trabalho também propiciaram um entendimento mais amplo acerca da influência que a cultura, os valores e as práticas familiares têm no aprendizado do “cuidar de si” durante o período gestacional. Conseguiu-se atuar junto às mulheres de maneira co-participante, despertando o potencial de autocuidado para que estas tivessem uma gestação e um parto saudáveis, além de desenvolverem habilidades e confiança para cuidarem de seus bebês.

PALAVRAS-CHAVE: gestantes de baixo risco, autocuidado, acompanhamento pré-natal em atenção primária, assistência de enfermagem no pré-natal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral	12
2.2 Objetivos específicos	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 A atenção do estado ao período pré-natal	13
3.1.1 Níveis de complexidade da atenção pré-natal	19
3.2 Aspectos biofisopatológicos a serem considerados na assistência à mulher grávida	26
3.2.1 Alterações fisiológicas e anatômicas do organismo materno	33
3.2.2 Desconfortos comuns durante a gestação	38
3.2.3 Cuidados gerais para promover uma gestação saudável	42
3.2.4 Procedimentos complementares necessários à assistência à gestante de baixo risco	44
3.2.5 Complicações mais comuns durante a gestação	47
3.3 Aspectos psicossociais relacionados à gestação	54
3.4 Grupo de gestantes	56
4 REFERENCIAL TEÓRICO	59
4.1 Conhecendo a teórica	60
4.2 Pressupostos básicos	61
4.3 Idéias gerais sobre a teoria de orem	62
4.3.1 Teoria do Autocuidado	63
4.3.2 Teoria do Déficit de Autocuidado	63
4.3.3 Teoria de Sistemas de Enfermagem	64
4.4 Principais conceitos e suas inter-relações	64
5 METODOLOGIA	70
5.1 Descrição do local e do contexto da prática assistencial	70
5.2 População alvo	74
5.3 Assistência de enfermagem projetada para ser colocada em prática com as gestantes	75
5.3.1 A consulta de enfermagem	76
5.3.2 O grupo de gestantes	79
5.4 Plano de ação global em relação aos objetivos propostos	81

6 O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	85
6.1 Relatando as consulta de pré-natal	87
6.2 Interagindo com a equipe e planejando o grupo de gestantes	127
6.3 Desenvolvendo o grupo de gestantes	134
6.4 Revisando o suporte contínuo da literatura durante a prática assistencial	142
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
8 REFERÊNCIAS	152
9 APÊNDICES	155
APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados da consulta de enfermagem à gestante no pré-natal	156
APÊNDICE B - Instrumento para diagnóstico de enfermagem	159
APÊNDICE C - Instrumento para plano de implementação de ações promotoras de autocuidado	160
APÊNDICE D - Instrumento para evolução de enfermagem	161
APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e informado das gestantes assistidas no CS	162
APÊNDICE F - Autorização para a realização e uso de registros fotográficos da prática assistencial no CS I da Praia da Pinheira	163
10 ANEXOS	164
ANEXO A - Planta física do CS I da Praia da Pinheira, Palhoça-SC.	165
ANEXO B - Mapa da área de abrangência do CS I da Praia da Pinheira, Palhoça-SC	167
ANEXO C - Cartilha nº 1 do Grupo de Gestantes	169
ANEXO D - Cartilha nº 2 do Grupo de Gestantes	177
ANEXO E - Parecer final do orientador sobre o relatório da prática assistencial	184

1 INTRODUÇÃO

Durante o Curso de Graduação em Enfermagem pudemos vivenciar experiências voltadas à atenção primária, secundária e terciária na assistência à saúde da mulher. Neste momento, entretanto, ao finalizarmos nossa formação profissional, nossa atenção está focalizada, particularmente, no período gestacional, quando a mulher busca o sistema de saúde público, a fim de ter assegurado seus direitos assistenciais e de manter uma gravidez saudável até o momento do parto. Acreditamos que os enfermeiros, em colaboração com outros profissionais, têm grande potencial para desenvolver um papel diferenciado, de qualidade e que pode ajudar a “empoderar” as mulheres, promovendo estratégias para que reflitam sobre seus estilos de vida e saúde, particularmente nessa importante fase do processo de viver. Essa transformação deve-se, sobretudo à contínua troca de informações, conhecimentos e experiências entre profissionais e clientes, na qual o enfermeiro assume o papel de educador na promoção do autocuidado.

Nossa prática assistencial foi desenvolvida no Centro de Saúde I - Pinheira, no município de Palhoça. Escolhemos este município, e mais especificamente a comunidade da área de abrangência do Centro de Saúde (CS) pela possibilidade de inserir um projeto assistencial numa localidade em que acadêmicos de enfermagem não haviam ainda desenvolvido algum projeto, levando com isso a uma troca de experiências enriquecedora para ambas as partes e uma maior aproximação da universidade com comunidades mais distantes.

Acreditando nas premissas básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e na implementação destas para uma maior efetivação da qualidade de atendimento, escolhemos a área da atenção primária para desenvolver nossa prática assistencial por entendermos ser no

atendimento básico à saúde que se encontra uma maior possibilidade de atuar na educação e promoção da saúde durante o pré-natal e na prevenção de agravos à saúde da mulher e da criança.

Temos convicção de que foi construtivo desenvolver a prática assistencial sob a ótica da mulher como sujeito ativo e transformador da sua condição de saúde, além de vislumbrá-la como agente social edificadora do cuidado para toda a família, já que ela é disseminadora dessas ações pela condição de educadora e influenciadora dos hábitos, valores e crenças em saúde. Concordamos com Orem (apud LEOPARDI; WOSNY; MARTINS, 1999, p. 75) que “a educação e a cultura influenciam os indivíduos em suas ações de autocuidado”. Focalizamos especificamente a gestante no nosso trabalho, por acreditarmos que a mulher é a agente central e sujeito ativo no desenvolvimento e promoção de seu autocuidado, sendo a enfermagem um importante suporte para ajudar a sanar o déficit de autocuidado.

Nossa intenção, com tal prática assistencial, foi prestar o cuidado de enfermagem humanizado às mulheres grávidas, através de consultas de pré-natal e grupos de gestantes. Enfatizamos o autocuidado fundamentado pela teoria de Dorothea E. Orem, que tem como característica as ações de autocuidado do indivíduo, propiciadas através da educação e promoção em saúde de uma maneira contínua para que a qualidade de vida possa ser mantida. Assim, o cuidado que a gestante dispõe sobre si, está intimamente relacionado à condição de saúde que ela e seu bebê desfrutarão, sendo que a gestante ao autocuidar-se assume uma condição de sujeito do processo.

Entendemos por cuidado humanizado de enfermagem às gestantes a assistência que valoriza o conhecimento que as mesmas possuem, suas crenças e valores, o respeito aos processos fisiológicos e psíquicos da gestação e parto, assim como a contextualização das gestantes em suas dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais. O cuidado humanizado implica em atender a gestante em todas as suas dimensões.

Segundo Schwarcz et al. (1996, p. 19), entende-se por assistência pré-natal (acompanhamento pré-natal, cuidado pré-natal, consulta pré-natal) “a série de contatos, entrevistas ou visitas programadas da gestante com integrantes da equipe de saúde, com o objetivo de acompanhar a evolução da gravidez e conseguir uma preparação adequada para o parto e para o cuidado da criança”. Acreditamos que para existir eficácia no processo de acompanhamento em pré-natal sejam necessários envolvimento, compromisso, respeito com a

gestante e sua família, assim como uma visão integral de suas necessidades e inclusão processual dos mesmos na educação, promoção, reabilitação em saúde e prevenção de doenças.

As atividades desenvolvidas visam assegurar o bem estar materno e fetal, favorecer a compreensão e adaptação às novas vivências oriundas de todas as transformações físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais da gestante e familiares, em relação aos cuidados nesse período, prepará-los para o parto e pós-parto, propiciar a expressão de medos e dúvidas em relação ao processo gestacional, preparar para a maternidade e paternidade e fortalecer as potencialidades para o autocuidado nos futuros pais. Visam também avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, em todas as dimensões, tendo como um dos objetivos identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez, possibilitando o encaminhamento da gestante a níveis de referência (SCHWARCZ et al., 1996).

No início da década de 80, em 1983, o Ministério da Saúde institui o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que seria desenvolvido pela rede pública de assistência à saúde. Este se constitui de um conjunto de princípios e diretrizes programáticas abrangentes, destinado para a mulher nas diversas etapas de sua vida, esteja ela na adolescência, gravidez, parto, puerpério ou climatério (BRASIL, 2000).

A inclusão do controle pré-natal extensivo nos programas materno-infantis pode estar associada com a melhoria dos coeficientes de mortalidade perinatal e materna, e há também possíveis efeitos adicionais de impacto difíceis de medir, mas não menos importantes. Responder dúvidas das gestantes, afastar medos e tabus, conseguir uma maior proximidade e confiança no sistema de saúde, uma atitude mais positiva em relação à maternidade, ao distanciamento dos nascimentos, a melhoria dos hábitos de vida familiares, melhor disposição para o controle do crescimento e do desenvolvimento da criança, estimular o aleitamento materno, difundir o plano de vacinação, etc. são exemplos das muitas vantagens que tem um bom programa de controle pré-natal (SCHWARCZ et al., 1996, p.20).

Tais ações podem ser compartilhadas no âmbito individual ou grupal, pois todo indivíduo sente necessidade de pertencer a algum grupo que seja para ele uma referência, onde possa ser aceito dentro de suas potencialidades e limitações. Entendemos que no grupo de gestantes pode-se buscar a construção coletiva dos saberes desejados, respeitando a autonomia pessoal e social de cada participante e do próprio grupo. Esta característica plural do grupo de gestantes possibilita a construção de um mosaico que engloba saberes populares e científicos, contribuindo

então para a melhoria das condições de saúde que as gestantes terão, seja em nível individual ou comunitário.

Os grupos de gestantes são um instrumento bastante eficaz na educação para o autocuidado, uma vez que a gestação é um período que envolve grandes mudanças bio-psico-sociais para a gestante e familiares, havendo a necessidade de realizar questionamentos e compartilhar experiências acerca das mudanças psicológicas e biológicas que estão ocorrendo. Num grupo de gestantes são objetos de debate, tanto as situações da vida atual, quanto os diálogos coletivos sobre a gestação, o parto, o pós-parto, os cuidados com o bebê, a amamentação e outros temas importantes que o grupo deseja abordar.

Outro instrumento, de grande importância, a ser considerado na atenção à mulher grávida é, segundo Brasil (2000), a consulta de enfermagem de pré-natal que geralmente envolve procedimentos bastante simples, podendo o enfermeiro dedicar-se a escutar as angústias das gestantes e familiares, abrir espaços para estas expressarem seus medos, dúvidas e expectativas, transmitindo neste momento o apoio e confiança necessários para o fortalecimento destes e condução da gestação e dos demais momentos do processo de nascimento. Para isso, o enfermeiro deve estar capacitado, ter segurança técnica, estar atualizado, ter embasamento científico e, principalmente, reconhecer que a gestante é a condutora do processo gestacional.

Mesmo que a prática tenha sido desenvolvida em um curto período de tempo, percebemos que a visita domiciliar (VD) também se tornou necessária como um instrumento a ser utilizado na atenção pré-natal. Através dela tivemos um contato mais íntimo e informal com a gestante e sua família, o que propiciou uma oportunidade para promoção do autocuidado e educação em saúde.

Utilizando-se desses instrumentos e aliando-os ao embasamento científico e ético, atuamos junto às gestantes da comunidade de forma humanística, responsável e respeitosa, trocando experiências, ensinando, aprendendo e tornando enriquecedora essa relação, por meio da promoção do autocuidado às mulheres nessa fase tão peculiar da vida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Prestar assistência de enfermagem às gestantes de baixo risco, fundamentada na teoria de Dorothea E. Orem.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar consulta pré-natal às gestantes, estimulando o autocuidado, identificando os déficits do mesmo, traçando planos de assistência em enfermagem, implementando esses planos e avaliando os resultados.
- Participar e contribuir nos trabalhos desenvolvidos pela equipe multiprofissional do Centro de Saúde, no atendimento às gestantes e na estruturação e planejamento dos encontros do grupo de gestantes.
- Preparar as gestantes para a maternidade através do grupo de gestantes dialogando sobre a gestação e outros assuntos pertinentes a esse período.
- Buscar fundamentação teórica contínua sobre aspectos relacionados ao universo de gestar e sua contextualização no SUS e na “Teoria Geral de Enfermagem” de Dorothea E. Orem.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura que segue abaixo abordará uma retrospectiva dos principais pontos acerca do Sistema Único de Saúde e do Programa de Saúde da Família, com um maior enfoque para a Atenção à Saúde da Mulher e da Gestante. Logo após faremos uma breve revisão anatômica e fisiológica do sistema reprodutor feminino e dos fenômenos que envolvem a fertilização, seguida por uma descrição dos estágios mais relevantes do desenvolvimento fetal. Abordaremos mais detalhadamente os aspectos biológicos e psicológicos da gestação, assim como algumas características sobre grupos de gestantes.

3.1 A ATENÇÃO DO ESTADO AO PERÍODO GESTACIONAL

De acordo com a visão oficial

o SUS é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público (SANTA CATARINA, 2001, p. 6).

O Sistema Único de Saúde de acordo com Santa Catarina (2001) possui as seguintes características:

- deve atender a todos, de acordo com suas necessidades, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- deve atuar de maneira integral, ou seja, as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento e respeitar a dignidade humana;
- deve ser descentralizado, isto é, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a solução;
- deve ser racional, ou seja, o SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população;
- deve ser eficiente e eficaz, isto é, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade; para isso precisa ter qualidade;
- deve ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, democratizando o conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços e, assim, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema;
- deve ser equânime, ou seja, a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população.

No âmbito do SUS, há uma diversidade de programas e estratégias cujas ações estão direcionadas para cada uma das áreas dentro do setor saúde. Será abordado aqui o Programa de Saúde da Família (PSF), já que este se coaduna com o trabalho que desenvolvemos com as gestantes em nossa prática assistencial.

Segundo o Ministério da Saúde, a estratégia do PSF foi iniciada no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (cada equipe do PSF tem de quatro a seis ACS; este número varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas). Estima-se que, funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças,

evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2001a).

Seu principal propósito é o de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF). Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2001b).

Deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional de cobertura universal. O PSF enfatiza o exercício de práticas de humanização da atenção, como atividades de visita e internação domiciliares realizadas pela equipe de saúde da família.

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais são a universalização, descentralização, integralidade, equidade e participação da comunidade, e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos seguintes princípios:

- caráter substitutivo: o PSF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas.
- integralidade e hierarquização: a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.
- territorialização e cadastramento da clientela: a Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas.

- equipe multiprofissional: cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais, como assistentes sociais e psicólogos, poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

As atribuições dos membros das equipes variam conforme a área de atuação de cada profissional, sendo que o médico atende a todos os integrantes de cada família e desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população. O enfermeiro supervisiona o trabalho do ACS e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio. O auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária. O agente comunitário de saúde, por sua vez, faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês, realizando o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimulando a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida (BRASIL, 2001a).

Segundo Brasil (2001b) cada equipe é capacitada para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na unidade de saúde da família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

Os resultados das atividades realizadas pelas equipes do PSF são avaliados periodicamente pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Este sistema agrega os dados e processa as informações sobre a população acompanhada. O SIAB permite aos gestores municipais, estaduais e federais o acompanhamento contínuo e a avaliação das atividades desenvolvidas, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde. A alimentação do SIAB é requisito obrigatório para recebimento dos incentivos. A não alimentação do SIAB pelo município durante dois meses seguidos ou três alternados implica o bloqueio do incentivo (BRASIL, 2001a).

Os resultados alcançados são significativos, estando entre eles: a redução dos índices de mortalidade infantil; a diminuição do número de mortes por doenças de cura simples e conhecida; a diminuição das filas nos hospitais das redes pública e conveniada com o SUS (BRASIL, 2001a).

Dentro do programa de saúde da família, segundo Brasil (2001a), a visita domiciliária (VD) é um instrumento de atuação básico e de grande importância que, como já afirmamos, foi utilizada durante o decorrer de nossa prática assistencial. Sendo usado para subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade, a VD é executada no local de moradia dos usuários dos serviços de saúde e obedece a uma sistematização prévia. Ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde, bem como a constatação das reais condições de habitação e das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência ao proporcionar o conhecimento dos recursos que a família dispõe. Pode ainda contribuir para o fortalecimento do vínculo entre o profissional e o usuário, pois a VD é vista, freqüentemente, como uma atenção diferenciada advinda do serviço de saúde.

Os objetivos devem ser traçados de acordo com o(s) motivo(s) da sua solicitação e estar em consonância com a finalidade proposta. Tratando-se especificamente da assistência pré-natal, a visita domiciliar é de grande valia para acompanhar a evolução do processo gestacional, evitando ou tratando precocemente complicações; desvendar o significado da gravidez para a família; estabelecer as necessidades específicas de cada gestante no que diz respeito à informação; preparar a família para os cuidados ao recém-nascido de acordo com suas necessidades; enfim, prestar uma assistência mais personalizada à gestante e sua família (BRASIL, 2001a).

É importante ressaltar que a visita domiciliar só se configura como parte do arsenal de intervenções de que dispõem as equipes de saúde da família, quando planejada e sistematizada. De outra forma, configura uma mera atividade social. Para isso, a VD compreende 4 etapas: planejamento, execução, registro de dados e avaliação do processo (TAKAHASHI, 2001).

Segundo Brasil (2000), as visitas domiciliares durante a vigência da gravidez deverão ser realizadas, preferencialmente, pelos agentes comunitários, na frequência possível para cada localidade, porém, no mínimo, duas por gestação.

Na visita, deve-se reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade básica de saúde e, apesar de estar voltada à gestante, deverá ter um caráter integral e abrangente sobre a família e o seu contexto social. Assim sendo, qualquer alteração ou identificação de fator de risco para a gestante ou para outro membro da família deve ser observada e discutida com a equipe na unidade de saúde (BRASIL, 2000).

No que tange especificamente ao acompanhamento da gestante, segundo Brasil (2000), deve-se ter como objetivos:

- captar gestantes não-inscritas no pré-natal;
- reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, uma vez que podem surgir complicações;
- acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período, seja considerado inconveniente ou desnecessário;
- complementar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar;
- reavaliar, dar seguimento ou reorientar as pessoas visitadas sobre outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde.
- convidar para a participação em grupos de gestantes.

Deverá ser visto o cartão da gestante e discutido os aspectos ligados às consultas, à vacinação, aos sintomas que ela está apresentando, aos aspectos relacionais com os demais membros da família e outros. Qualquer alteração deverá ser anotada e informada à enfermeira e ao médico da unidade, sendo avaliada em equipe a necessidade de mudança no esquema de consultas preestabelecido (BRASIL, 2000).

3.1.1 Níveis de complexidade da atenção pré-natal

Segundo a complexidade, a atenção pré-natal está dividida nos níveis primário, secundário e terciário. No primeiro está compreendido o nível básico de atenção, realizado no serviço público, nos centros de saúde I e II, onde se presta assistência às gestantes de baixo risco sob a responsabilidade de médicos e enfermeiros com a colaboração de outros profissionais da saúde. O nível secundário é o de referência para as gestantes com algum fator de risco, sendo realizado nos centros de saúde de referência, sob a responsabilidade de obstetras e acompanhados por uma equipe interdisciplinar. O nível terciário, por sua vez, é onde se dá um acompanhamento mais minucioso da gestação com necessidade de internação da gestante em razão do risco, sendo realizado nas maternidades (BRASIL, 1999).

Neste trabalho foi focado o nível primário, uma vez que a assistência foi prestada às gestantes de baixo risco num centro de saúde. De acordo com Brasil (1999, p. 9), “a atenção básica à saúde é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.” A organização da atenção básica tem como fundamento os princípios do SUS, já citados anteriormente.

A partir da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias vêm sendo tomadas para a viabilização do novo sistema, dentre elas estão as Normas Operacionais Básicas (NOBs). De acordo com Santa Catarina (2001), as Normas Operacionais Básicas se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do SUS. Assim, as NOBs tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do distrito federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios.

Segundo Brasil (1999), a NOB/SUS 01/96 define que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde de sua população e assim, a administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde se insere o conjunto de ações que caracterizam a atenção básica. Desta forma, as responsabilidades na gestão da atenção básica são divididas em gestão do sistema municipal e em atenção às pessoas, sendo que a última é subdividida em ações dirigidas a toda população e a grupos específicos da população.

Dentre as ações direcionadas a grupos específicos da população na gestão da atenção básica, cita-se o controle do pré-natal e cuidado no puerpério, cujo desenvolvimento pretende diminuir a morbimortalidade na gravidez, parto e puerpério; diminuir a mortalidade materna; diminuir a morbimortalidade infantil e reduzir a prevalência de baixo peso ao nascer (BRASIL, 1999).

A execução da assistência pré-natal se dá em diversas esferas profissionais, sendo que cada uma possui atribuições específicas e complementares umas às outras. O agente comunitário de saúde realiza visitas domiciliares; orienta sobre a periodicidade das consultas; identifica situações de risco e encaminha para diagnóstico e tratamento; realiza a captação precoce de gestante para a primeira consulta e para consultas subseqüentes; realiza visitas no período puerperal, acompanha o processo de aleitamento, orienta a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar. O auxiliar/técnico de enfermagem orienta as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal e da amamentação; verifica o peso e a pressão arterial e anota os dados no cartão da gestante; fornece medicação, mediante receita médica ou medicamentos padronizados para o programa; aplica vacina antitetânica e participa das atividades educativas. O enfermeiro orienta as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, preparo para o parto, etc; realiza consulta pré-natal de gestação de baixo risco; solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço; encaminha gestantes identificadas como de risco para o nível de referência de maior complexidade; realiza atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera, realiza visita domiciliar, etc.; fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta e realiza coleta de exame citopatológico; faz consulta puerperal e de planejamento familiar e ainda realiza visitas domiciliares. O médico realiza consulta de pré-natal, intercalando com o enfermeiro; solicita exames e orienta tratamento conforme as Normas Técnicas e Operacionais; orienta gestantes quanto aos fatores de risco; identifica as gestantes de risco e as encaminha para a unidade de referência; realiza coleta de exame citopatológico; fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta; participa de grupos de gestantes e realiza visita domiciliar quando for o caso; atende às intercorrências e encaminha as gestantes para a unidade de referência quando necessário (BRASIL, 2001b).

A OMS (Organização Mundial da Saúde), por intermédio de sua comissão de peritos, definiu que a proteção à maternidade “tem por objetivo salvaguardar a saúde das mulheres

durante a gravidez e o aleitamento, lhes ensinar os cuidados a serem dispensados às crianças, permitir parto normal e dar à luz filho sadio” (NEME, 2000, p. 119).

Para Tyrrell e Carvalho (1993), a maternidade e infância são fenômenos naturais permanentes que se renovam num dinamismo próprio e exigem, portanto, mecanismos permanentes de proteção, porque mãe e criança constituem grupos vulneráveis, em qualquer tempo e lugar, pelas exigências de reprodução, do crescimento e desenvolvimento do ser humano. Afirmam ainda que é durante o período gestacional que se forma a estrutura mental do ser humano, pois seu desenvolvimento intelectual e o seu equilíbrio emocional são condicionados às situações vivenciadas nestas fases. Daí a importância de um acompanhamento minucioso da gravidez em todas suas dimensões (fisiológica, social, psicológica, cultural e espiritual).

A assistência de enfermagem pré-natal, dentre suas finalidades, deve facilitar à gestante e seus familiares a expressão de seus sentimentos, ansiedades e expectativas com relação ao processo de gestar, preparando-os para melhor decidirem e agirem; compartilhar experiências e conhecimentos com as gestantes sobre tal período da vida, instrumentalizando-as para os cuidados consigo mesma e com o bebê; identificar, avaliar, analisar e diagnosticar os fatores de risco da gestação (através do processo de enfermagem); propor e discutir medidas com a gestante e familiares, para prevenção ou tratamento de intercorrências na gravidez; orientar à gestante com relação aos hábitos de vida adequados para esse período tão peculiar de sua vida; preparar a gestante para o parto e maternidade; encaminhar ou referenciar as gestantes consideradas de alto risco, a níveis de referência, para prevenir ou minimizar agravos (ZAMPIERI, [2000?]).

Os quatro requisitos básicos de um controle pré-natal eficiente, de acordo com Schwarcz et al. (1996) são: ser precoce, periódico, completo e ter ampla cobertura.

- a) Precoce: o primeiro encontro da gestante com a equipe de saúde deve ser feito preferencialmente durante o primeiro mês de gestação; permitindo realizar oportunamente ações de estimulação, proteção e recuperação da saúde e, ainda identificar precocemente as gestações de alto risco e planejar os cuidados frente a cada caso.
- b) Periódico: a frequência do controle pré-natal varia segundo os riscos que a gestante apresenta, sendo que as de baixo risco necessitam número menor (uma vez por mês até 36ª semana e quinzenal a partir daí).
- c) Completo: a composição mínima do controle deve garantir que as ações de estimulação, proteção, recuperação e reabilitação da saúde sejam cumpridas efetivamente.

- d) Ampla cobertura: quanto maior for a porcentagem de gestantes com acompanhamento pré-natal, maior será o impacto na redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Neme (2000) acrescenta a esses requisitos outras condições para se garantir uma assistência pré-natal efetiva, tais como: pessoal treinado e capacitado; área física ampla e adequada; instrumental e equipamentos mínimos; apoio laboratorial mínimo; avaliações periódicas das ações da assistência prodigalizada para se considerar mudanças estratégicas e funcionais (para tanto, considerar os resultados obtidos em relação a morbiletalidade materna e perinatal da população assistida); reserva de medicamentos básicos.

Os sistemas de referência e contra-referência se encarregarão de garantir o encaminhamento de casos clínicos mais graves para centros de maior hierarquia assistencial, recebendo-os de volta com informações sobre exames, diagnósticos, tratamentos feitos e recomendações complementares (BRASIL, 2000).

A consulta de enfermagem envolve toda a equipe multiprofissional de saúde, pois se baseia nas várias necessidades do indivíduo. Sendo assim, não se limita ao consultório, mas envolve o cliente, a família e a comunidade. Apóia o cliente, incluindo, além de conhecimentos de patologia, compreendê-lo como pessoa, compreender sua sensibilidade, sua vontade de ajudar e compartilhar a situação vivida (ZAGONEL, 2001).

Devido a importância que exerce em nosso projeto, abordamos um pouco mais os aspectos da consulta de enfermagem no pré-natal. De acordo com a lei do exercício profissional da enfermagem – decreto número 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (BRASIL, 2000), mas há normatizações específicas em alguns municípios estabelecendo consultas alternadas entre médicos e enfermeiros, o que favorece a integração entre os profissionais.

A consulta de enfermagem pré-natal consiste no atendimento prestado pelo enfermeiro à gestante. Neste atendimento o enfermeiro possuidor de conhecimento técnico e científico, respeitando princípios éticos e humanísticos, busca atender as necessidades da gestante e do conceito, relacionando-as com o contexto biológico, psicológico, social, econômico e cultural em que ambos estão inseridos, também considerando a mulher como sujeito ativo na tomada de decisões, principalmente durante o período pré-natal (NASCIMENTO, 2002).

Para Rezende (1998, p. 261), “na primeira consulta, de identificação da paciente e do significado da gravidez, deve o especialista esmerar-se no levantamento dos dados clínicos e na

história da pessoa. Cada gestação tem sua própria singularidade e o peso afetivo que o casal lhe atribui, devendo ser, assim, desvendados”.

Dessa primeira consulta resultam os diagnósticos obstétricos e de possíveis intercorrências, além da determinação da data provável do parto. Como medidas complementares, Neme (2000, p. 120) cita: “exame odontológico, imunizações, práticas educativas, encaminhamentos e agendamentos de consultas subseqüentes”.

Conforme Brasil (2000), o diagnóstico da gravidez pode ser feito pelo médico ou pelo enfermeiro da unidade básica, de acordo com confirmação da gravidez em consulta médica ou de enfermagem, dá-se o início do acompanhamento da gestante, registrando-se os seguintes aspectos: história clínica constando de identificação da gestante, dados sócio-econômicos, assinalar se foi encaminhada pelo agente comunitário ou se procurou diretamente a unidade, antecedentes familiares (especial atenção para hipertensão, diabetes, doenças congênitas, gemelaridade, câncer de mama, hanseníase, tuberculose e outros contatos domiciliares. Anotando o grau de parentesco), antecedentes pessoais (tais como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, doenças renais crônicas, natimortos, recém-nascidos com icterícia neonatal, transfusão, hipoglicemia neonatal, exosanguinotransfusões, intercorrência ou complicações em gestações anteriores, complicações nos puerpérios, histórias de aleitamentos anteriores, intervalo entre o final da última gestação e o início da atual), dados sobre a gestação atual (data da percepção dos primeiros movimentos fetais, sinais e sintomas na gestação em curso, medicamentos usados na gestação, a gestação foi ou não desejada, hábitos relacionados ao fumo, álcool e uso de drogas ilícitas, ocupação habitual).

Após o levantamento da história da gestante, segue o exame físico geral constituído pela determinação do peso, medida da altura, avaliação do estado nutricional, verificação da temperatura, medida da pressão arterial, inspeção da pele e mucosas, palpação da tireóide, ausculta cardio-pulmonar, exame das mamas, exame do abdômen, avaliação dos genitais e pesquisa de edema (face, tronco e membros inferiores). O exame específico ou obstétrico consiste da inspeção, mensuração, palpação obstétrica e ausculta fetal e tem a finalidade de detectar as modificações grávidas, avaliar a evolução fetal e as possíveis alterações maternas e fetais. A inspeção segue o sentido céfalo-caudal identificando as características específicas do período gestacional, orientando a gestante sobre aspectos de normalidade tais como cloasma grávidico e presença de lanugem na face; aumento do diâmetro do pescoço; mudanças na mama; presença de

linha nigra, estrias e movimentos ativos do feto no abdome, bem como modificações na genitália. A mensuração da altura uterina permite identificar o crescimento normal do feto e detectar seus desvios. A palpação obstétrica visa o reconhecimento do feto no útero em relação à situação (transversa ou longitudinal), posição (direita ou esquerda) e apresentação (cefálica, pélvica ou córmica) (NASCIMENTO, 2002).

Para realização da palpação utilizam-se as manobras de Leopold Zweifel (apud NASCIMENTO, 2002) descritas a seguir:

- primeiro tempo – exploração do fundo uterino: delimita-se com ambas as mãos, deprimindo a parede abdominal com a borda cubital, tomando-se contato com a face posterior do útero. Com este tempo determina-se a situação e a região que ocupa o fundo uterino: o pólo pélvico é esferóide, irregular, pouco resistente, redutível e volumoso; o pólo cefálico é esferóide, regular, resistente, irredutível, menos volumoso que o pólo pélvico. O fundo uterino é geralmente ocupado pelo pólo pélvico.
- segundo tempo – exploração do dorso fetal: deprime-se delicadamente a parede lateral do útero com a polpa dos dedos de uma das mãos, enquanto a outra mão fixa o útero no lado oposto.
- terceiro tempo – exploração da mobilidade da apresentação: procura-se apreender o pólo fetal, perto da sínfise púbica, entre os dedos polegar e indicador de uma das mãos, imprimindo-lhe movimentos de lateralidade. Esta manobra indica o grau de penetração da apresentação na bacia.
- quarto tempo – exploração da escava ou estreito superior: as mãos são colocadas paralelamente a arcada crural e as pontas dos dedos polegares afastadas uns 6 cm da linha mediana. Deprime-se a parede de cima para baixo e de diante para trás, escorregando os dedos sob os ramos horizontais do púbis. Esse tempo verifica a ocupação da escava, onde são possíveis três possibilidades – escava completamente ocupada pelo pólo cefálico; escava incompletamente ocupada pelo pólo pélvico; escava desocupada trata-se de apresentação córmica.

A ausculta fetal permite verificar a vitalidade fetal, prenhez única ou múltipla e reconhecer sofrimento fetal. A ausculta pode ser feita entre a 7ª e a 10ª semana com Sonar Doppler, e após a 24ª semana, com Pinard. Os batimentos cardíofetais têm frequência entre 120 e 160 bpm e não apresentam sincronismo com os batimentos maternos. O foco de ausculta (ponto

em que converge o som dos batimentos cardíacos fetais) varia conforme a apresentação fetal (NASCIMENTO, 2002).

Ainda na primeira consulta, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento pré-natal, como sequência das consultas médica e de enfermagem, visitas domiciliares e reuniões educativas. Deverão ser fornecidos: o cartão da gestante, com a identificação preenchida e orientação sobre o mesmo; o calendário de vacinas e suas orientações; a solicitação dos exames de rotina; as orientações sobre a participação nas atividades educativas, reuniões em grupo e visitas domiciliares e solicitação e avaliação de exames de rotina de pré-natal conforme protocolo da instituição (BRASIL, 2000).

O calendário de atendimento pré-natal, conforme BRASIL (2000), deve ser programado conforme a idade gestacional na primeira consulta, os recursos disponíveis nos serviços de saúde e a possibilidade de acesso da clientela aos mesmos. O intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando à avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíofetais. Frente a qualquer alteração, ou se o parto não ocorrer até sete dias após a data provável, a gestante deverá ter consulta médica assegurada, ou ser referida para serviço de maior complexidade.

Segundo Neme (2000), nas consultas subseqüentes será revista a ficha de pré-natal, reconsiderada a idade gestacional e a data provável do parto, realizado o exame obstétrico, reavaliada a coloração das mucosas e a pressão arterial, bem como controlada a evolução do aumento ponderal. Deve-se, ainda, alertar a gestante para certos sintomas e/ou sinais que denunciem riscos potenciais maternos e perinatais, tais como: edema da face e dedos, cefaléia, perturbações visuais, vômitos freqüentes, crises febris vespertinas, disúria, perda anormal de líquido vaginal, dentre outros.

3.2 ASPECTOS BIOFISIOPATOLÓGICOS A SEREM CONSIDERADOS NA ASSISTÊNCIA À MULHER GRÁVIDA

Para um melhor entendimento das variações biofisiopatológicas que acometem o organismo materno durante a gravidez, achamos necessário explicar como é a anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino, assim como sobre os aspectos que envolvem a fertilização e os estágios mais relevantes do desenvolvimento fetal, conforme segue abaixo. Será abordado ainda alguns desconfortos comuns decorrentes da gestação e cuidados gerais para uma gestação saudável.

De acordo com Dângelo e Fattini (1998) o sistema genital feminino é o conjunto de órgãos encarregados da reprodução na mulher. Compõe-se de órgãos gametógenos (produtores de gametas), órgãos gametóforos (por onde transitam os gametas) e de um órgão que abriga o novo ser vivo em desenvolvimento.

Fazem parte do *sistema genital feminino*: ovários, tubas uterinas, útero, vagina, órgãos genitais externos, lábios maiores, lábios menores, estruturas eréteis, glândulas vestibulares maiores.

Ovários: produzem os gametas femininos ou óvulos, produzem hormônios que controlam os caracteres sexuais secundários e atuam nos mecanismos de implantação do óvulo fecundado ao útero e início do desenvolvimento do embrião.

Tubas uterinas: transportam os óvulos que romperam a superfície do ovário para a cavidade do útero e os espermatozóides passam pela tuba em direção oposta, sendo que a fecundação geralmente ocorre dentro da tuba uterina. A tuba é dividida em quatro partes (direção do útero para o ovário): uterina, istmo, ampola e infundíbulo.

Útero: aloja o embrião e este se desenvolve até o nascimento. O útero tem, em geral, a forma de uma pêra invertida e nele distinguem-se quatro partes: fundo, corpo, istmo e cérvix. O corpo comunica-se dos dois lados com as tubas uterinas e a porção acima destas é o fundo, a região estreitada inferior do corpo é chamada de istmo e a este se segue o cérvix ou colo uterino que faz projeção na vagina e com ela se comunica através do orifício externo do colo. O útero apresenta três camadas: interna ou endométrio; média ou miométrio (fibras musculares lisas); externa ou perimétrio (peritônio). O útero varia de forma, tamanho, posição e estrutura, variações estas que dependem de fatores como idade, plenitude ou vacuidade da bexiga e do reto, gestação.

Geralmente o útero não-gravídico é menor que um punho (7,5 x 5,0 x 2,5 cm) e seu peso é cerca de 60 a 70 g na nulípara e 100 g na múltipara. Mensalmente o útero se prepara para receber o óvulo fecundado através do aumento do volume do endométrio e formação de abundantes redes capilares, entre outras modificações, quando não ocorre fecundação toda a camada do endométrio que se preparou para receber o embrião sofre descamação com hemorragia e eliminação através da vagina de um fenômeno conhecido como menstruação.

Vagina: órgão de cópula feminino, a vagina é um tubo cujas paredes normalmente estão colabadas. Comunica-se superiormente com a cavidade uterina, através do orifício externo do colo uterino, e inferiormente abre-se no vestíbulo da vagina através do óstio da vagina. Nas virgens o óstio da vagina é fechado parcialmente pelo hímen.

Lábios maiores: são duas pregas cutâneas, alongadas. Após a puberdade apresentam-se hiperpigmentadas e cobertas de pêlos.

Lábios menores: são duas pequenas pregas cutâneas localizadas medialmente aos lábios maiores. O vestíbulo da vagina é o espaço entre os lábios menores e onde se apresentam o orifício externo da uretra, o óstio da vagina e os orifícios dos ductos das glândulas vestibulares.

Clitóris: o clitóris é o homólogo do pênis, ou mais exatamente, dos corpos cavernosos. Quando comparado ao pênis se torna uma estrutura rudimentar, onde apenas a glândula do clitóris fica visível. O clitóris, e mais particularmente sua glândula são estruturas extremamente sensíveis e ligadas à excitabilidade sexual feminina (DÂNGELO; FATTINI, 1998).

Glândulas vestibulares maiores: são duas glândulas que estão situadas profundamente e nas proximidades do vestíbulo da vagina, onde seus ductos se abrem. Quando ocorre relação sexual, essas glândulas são comprimidas e secretam muco que serve para lubrificar a porção inferior da vagina, visando tornar as estruturas úmidas e propícias à relação sexual.

Mamas: são glândulas cutâneas modificadas que se especializam na produção de leite após a gestação. Segue uma breve descrição da anatomia das glândulas mamárias devido à relação funcional que estes órgãos possuem com os da reprodução.

Segundo Santos (2002) as mamas estão localizadas simetricamente, uma em cada lado do tórax. Encontram-se, transversalmente, da margem do esterno até a linha médio axilar e, verticalmente, da segunda à sexta costela. As mamas estão embebidas em tecido adiposo e conjuntivo sendo vascularizadas e nutridas por ramos das artérias axilar e torácica interna. O tamanho, a consistência e a forma das mamas variam devido a diversos fatores como idade, etnia,

grau de adiposidade, entre outros. A mama é, geralmente, proeminente, coniforme, com consistência elástica firme na mulher jovem que não teve gestação, tende a ficar mais flácida e pendular com a idade e gestações.

Morfologicamente, o corpo da mama está formado por duas porções distintas: o parênquima e o estroma mamário. O primeiro se constitui na porção secretória e pode ser descrito como um sistema canalicular, arborescente, com forma semelhante à da couve-flor, que possui ductos, lobos, lóbulos e alvéolos (SANTOS, 2002, p. 139).

As mamas estão revestidas por pele que inclui os mamilos e a aréola. A pele está aderida ao tecido subcutâneo e contém glândulas sebáceas e sudoríparas. O mamilo é constituído de tecido erétil, cilíndrico e possui grande sensibilidade. Está localizado no centro da aréola, na porção apical da mama. Os mamilos podem ser classificados anatomicamente em: mamilo normal, mamilo plano e mamilo invertido. No mamilo normal é visível um ângulo de, aproximadamente 45° entre o mamilo e a aréola, ele é protruso, elástico e de fácil apreensão. O mamilo plano situa-se ao nível da aréola, não existindo angulação entre os dois e é pouco elástico. O mamilo invertido caracteriza-se pela inversão total do tecido epitelial, não é elástico e é de difícil apreensão. A aréola caracteriza-se por uma área cutânea pigmentada, com diâmetro de 2 a 4 cm, situada ao redor do mamilo. Na aréola e nos mamilos estão localizados os tubérculos de Montgomery, caracterizados por proeminências na superfície, os tubérculos são glândulas areolares ou mamárias acessórias que, na gestação, produzem uma secreção lipóide que lubrifica os mamilos. Como havia sido dito anteriormente, a estrutura da glândula mamária está imersa em tecido conjuntivo e adiposo, denominado de estroma mamário que tem a função de fornecer a característica consistência da mama (SANTOS, 2002).

O *ciclo reprodutor feminino*, ou ciclo menstrual começa com a menarca, estende-se por toda a vida reprodutiva da mulher e termina com a menopausa. O ciclo reprodutor feminino inclui dois ciclos simultâneos: o ciclo ovariano e o ciclo endometrial.

Os ciclos menstruais duram em média de 26 a 28 dias, embora sejam normais ciclos de 22 a 34 dias. Durante o ciclo, alguns hormônios influenciam a liberação de um óvulo maduro pelo folículo de Graaf ovariano. Os hormônios também promovem alterações da camada endometrial do útero, que o preparam para a implantação do ovo. Os hormônios que participam desse ciclo são estrogênio, progesterona, hormônio foliculoestimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) (BRANDEN, 2000, p. 13).

De acordo com Branden (2000), o ciclo ovariano divide-se em duas fases: fase folicular e fase lútea. A fase folicular começa no 1º dia de menstruação, onde os folículos primários do ovário começam a maturação sob a influência dos hormônios gonadotrópicos da glândula hipófise. Entre o 5º e o 7º dias, um único folículo de Graaf predomina e continua sua maturação, enquanto os demais folículos involuem. No 12º e 13º dias os hormônios estimulam o intumescimento desse folículo e, por volta do 14º dia, este se rompe e ocorre a ovulação. O transporte do óvulo ao útero se dá por meio das tubas uterinas, nas extremidades das tubas existem filamentos longos chamados de fimbrias que são revestidos por cílios, estes se movem sempre em direção ao útero, fazendo com que os líquidos gerados na região do ovário fluam sempre para fora da cavidade pélvica em direção às tubas uterinas.

A ovulação pode produzir vários sinais clínicos. Em algumas mulheres há ocorrência de dor abdominal na região dos ovários; a temperatura corporal se altera, em geral, com uma queda de 0,3 a 0,6°C, seguida do aumento acima da temperatura basal; a avaliação da viscosidade ou elasticidade do muco cervical pode determinar o dia exato da ovulação, pois nesse dia a estimulação estrogênica permite o estiramento do muco, formando longos fios (BRANDEN, 2000, p. 11).

A fase lútea ocorre após a ovulação, quando o folículo de Graaf roto torna-se uma massa compacta de tecido conhecido como corpo lúteo, que produz pequenas quantidades de estrogênio e progesterona, que estimulam o endométrio a se preparar para receber o óvulo fertilizado. O corpo lúteo secreta esses hormônios por oito dias, quando não ocorre fertilização as secreções dos hormônios diminuem à medida que o corpo lúteo degenera. Essa redução hormonal não permite a sustentação do endométrio, ocorrendo então a menstruação (em cerca de seis dias) e dando início a um novo ciclo. Quando ocorre fertilização o trofoblasto (camada externa das células embrionárias) produz gonadotropinas que impedem a degeneração do corpo lúteo e o estimulam a produzir grandes quantidades de estrogênio e progesterona (GUYTON, 1988).

Segundo Branden (2000) o ciclo endometrial é caracterizado pela ocorrência de alterações endometriais, que tem por função preparar o útero para a nidação do óvulo fecundado. É dividido em três fases: menstrual, proliferativa e secretora.

Fase Menstrual: começa no primeiro dia de menstruação e acaba, geralmente, em cinco dias. Caracteriza-se pelo desprendimento e eliminação das camadas compactas e esponjosas do endométrio, que se desenvolveram no ciclo precedente.

Fase Proliferativa: começa no quinto dia e termina, geralmente no décimo quarto dia, quando ocorre a ovulação. Nos primeiros dias o muco cervical é escasso e viscoso e o endométrio sofre poucas alterações (espessura de 1 a 2 mm). Com o aumento da secreção de estrogênio, o endométrio prolifera, atingindo espessura cerca de 8 a 10 vezes maior que nos primeiros dias.

Fase Secretora: começa no 14º dia e estende-se até o 15º dia. Depois de ocorrida a ovulação o corpo lúteo secreta progesterona que aumenta a vascularização endometrial e estimula o aumento de volume das glândulas endometriais produtoras de glicogênio, ocorre um acúmulo de substâncias gordurosas e de glicogênio nas células endometriais. Essa fase tem função de fornecer um suprimento adequado de nutriente que permita o desenvolvimento de um embrião, caso ocorra implantação no endométrio. Quando não ocorre fertilização, a circulação endometrial diminui, os vasos sanguíneos sofrem vasoconstrição num processo de isquemia, seguido de necrose dos tecidos. O subsequente desprendimento das camadas marca o início do próximo ciclo.

Com relação à *regulação hormonal*, Guyton (1988) afirma que quando a menina atinge a idade de 10 a 14 anos, a glândula hipófise anterior começa a secretar dois hormônios gonadotrópicos: inicialmente secreta, em maior quantidade, o hormônio folículoestimulante (FSH) que desencadeia o início da vida sexual, e depois secreta o hormônio luteinizante (LH) que participa da regulação do ciclo menstrual. O FSH tem duas funções que são provocar proliferação das células foliculares ovarianas e causar atividade secretora nessas células, que secretam estrogênio responsável pelos caracteres sexuais secundários e importante efeito sobre o endométrio durante o ciclo menstrual. O LH estimula também a secreção das células foliculares, fazendo com que o folículo aumente e ovule, expelindo o óvulo. Após a ovulação há formação de corpo lúteo que secreta estrogênio e grandes quantidades de progesterona. A progesterona tem a função de fazer com que as células glandulares, tanto do endométrio uterino como das mamas, aumentem de tamanho e se tornem intensamente secretora. Também inibe as contrações uterinas impedindo-o de expulsar um óvulo em nidação ou um feto em desenvolvimento.

A *fertilização* é a penetração do óvulo por um espermatozóide e este evento marca o início da concepção. Geralmente a fecundação se dá na primeira porção da tuba uterina, o óvulo

permanece viável por 8 a 24 horas, o espermatozóide move-se com velocidade de 1 a 4 mm por minuto e as contrações rítmicas do útero e das tubas induzidas pelo clímax sexual feminino tem papel importante na fecundação (GUYTON, 1988).

Guyton (1988) explica que o óvulo é recoberto pela corona radiata, formada por células da granulosa, quando o espermatozóide entra em contato com o óvulo ocorre uma dispersão dessa corona radiata, por ação de enzimas secretadas pelo espermatozóide, especialmente a hialuronidase, permitindo assim que o espermatozóide penetre o óvulo. Após o óvulo ter sido penetrado sua membrana assume novas propriedades e inativa outros espermatozóides que tentem penetrar. A cauda do espermatozóide sofre degeneração e sua cabeça se dilata, após a penetração. Forma-se, assim o pró-núcleo masculino, contendo 23 cromossomos não-pareados, que logo após combina-se com o pró-núcleo feminino, também com 23 cromossomos não-pareados, resultando em um óvulo fecundado com 46 cromossomos pareados. O ovo fertilizado, ou zigoto sofre várias divisões mitóticas em sua passagem pela tuba uterina em direção ao útero.

A implantação do ovo na parede uterina, também conhecido como nidação, se dá através das células trofoblásticas que se encontram na superfície externa do ovo. Essas células secretam enzimas proteolíticas que digerem o endométrio, ao passo que as células trofoblásticas fagocitam os produtos dessa digestão, nutrindo o ovo e abrindo caminho para o interior do endométrio. A fase trofoblástica da nutrição fetal perdura até a 12ª semana. As células trofoblásticas crescem e multiplicam-se rapidamente e, em conjunto com células adjacentes, forma a placenta e as membranas fetais, passando o feto a nutrir-se através da placenta. As membranas fetais revestem toda a superfície interna uterina formando a cavidade amniótica, que é preenchida por líquido amniótico. A placenta recobre cerca de um 1/6 da superfície do útero e o cordão umbilical é formado por duas grandes artérias umbilicais e uma calibrosa veia umbilical, desse modo o sangue fetal capta a nutrição da placenta e a transporta para o feto. A circulação fetal é diferente da do recém-nascido, pois existem três *shunts* – canal venoso, forame oval e canal arterial – que desviam o sangue do fígado e dos pulmões e separam as circulações pulmonar e sistêmica, então o sangue oxigenado é levado ao feto pela veia umbilical, enquanto o sangue não-oxigenado é transportado do feto à placenta pelas artérias umbilicais (GUYTON, 1988).

A placenta é uma estrutura discóide achatada, que pesa cerca de 500 gramas. O cório e as vilosidades são formados a partir do trofoblasto, enquanto a decídua basal na qual se fixam as vilosidades provém do endométrio. O âmnio e o cório fundidos estendem-se das margens da placenta para formar o saco amniótico. A placenta é responsável pela troca de oxigênio e nutrientes através de um sistema

circulatório especializado, no qual os sangues da mãe e do feto não se misturam. O sangue materno é transportado pela veia umbilical até os espaços intervilosos, onde os vasos sanguíneos fetais, existentes dentro das vilosidades, são banhados por esse sangue. Os nutrientes e oxigênio são transferidos pelas paredes capilares ao feto, enquanto os produtos metabólicos do feto entram na circulação materna pelas artérias umbilicais e placenta. As substâncias fornecidas pela mãe e os compostos provenientes do feto são transferidos pela placenta por quatro mecanismos: difusão simples, difusão facilitada, transporte ativo e pinocitose (BRANDEN, 2000, p. 25).

Além de fornecer nutrientes, a placenta também funciona como órgão endócrino. Os dois hormônios principais secretados pela placenta são: gonadotropina coriônica humana (hCG) e o lactogênio placentário humano (hPL). A gonadotropina coriônica humana pode ser detectada no organismo materno a partir do oitavo dia após a concepção, durante as primeiras oito semanas esse hormônio mantém o corpo lúteo, que secreta progesterona essencial à gravidez, até que a placenta assuma a produção desse hormônio. Os níveis de hCG aumentam até cerca de 100 UI/ml em torno da 10ª semana de gestação e, em seguida, diminuem gradativamente até chegar a um nível baixo, de cerca de 10 UI/ml em torno da 20ª semana. O lactogênio placentário humano, também conhecido como somatotropina coriônica humana, estimula o metabolismo materno das proteínas e gorduras, assegurando um adequado fornecimento de aminoácidos e ácidos graxos ao feto, também estimula o crescimento das mamas, preparando-as para a lactação. Os níveis de hPL aumentam progressivamente durante a gestação (BRANDEN, 2000).

Para Guyton (1988) o estrogênio no organismo materno tem a função de promover: rápida proliferação da musculatura uterina; aumento acentuado do sistema vascular para o útero; dilatação dos órgãos sexuais externos e do orifício vaginal; crescimento das mamas. Para o organismo do feto, acredita-se que o estrogênio produza a maior parte da proliferação das células fetais. As principais funções da progesterona durante a gravidez são: efeito inibidor sobre a musculatura uterina, que permanece relaxada durante toda a gestação; também complementa os efeitos do estrogênio sobre as mamas.

De acordo com Moore e Persaud (1994) os avanços mais impressionantes do *desenvolvimento fetal* se dão entre a terceira e a oitava semana, conhecido como período embrionário. Durante esse período começam dois processos fundamentais: diferenciação e organização celulares. A seguir apresentamos um quadro com os períodos mais relevantes do desenvolvimento.

Quadro 1 – Etapas do desenvolvimento pré-natal humano

SEMANAS	DESENVOLVIMENTO
1 ^a	O blastocisto tardio começa a implantação na parede uterina.
2 ^a	Blastocisto completamente implantado; circulação placentária primitiva estabelecida.
3 ^a	O coração começa a formar-se; início do desenvolvimento da tireóide.
4 ^a	O coração começa a bater; presença de primórdios de olho e ouvido; presença dos brotos dos membros superiores e inferiores; o fígado começa a funcionar.
5 ^a	Presença de olho em desenvolvimento, fosseta nasal e boca primitiva.
6 ^a	Lábio superior formado; palato em desenvolvimento; sulcos digitais e saliências das orelhas distintas.
7 ^a	Começo das pálpebras; presença de membrana urogenital e anal; o tronco se alonga e endireita.
8 ^a	Membros superiores mais compridos e flexionados no cotovelo; dedos distintos; membrana anal perfurada; testículos e ovários distinguíveis; início de diferenciação da genitália externa.
9 ^a	Início do período fetal.
10 ^a	Face apresenta perfil humano; genitália apresenta características femininas ou masculinas, mas ainda não está completamente formada.
11 ^a	Vilosidades intestinais formadas; os bronquíolos ramificam-se.
12 ^a	A configuração estrutural do cérebro está praticamente concluída; os pulmões assumem sua forma definitiva; o sexo é claramente distinguível.
13 ^a	O cerebelo torna-se proeminente; os rins estão na posição certa e têm seu formato definitivo.
14 ^a	Alguns ossos estão bem delineados.
15 ^a	A bile é secretada.
16 ^a	As cavidades articulares estão presentes e os movimentos musculares são detectáveis.
20 ^a	O esterno se ossifica; o feto pode sugar e deglutir; começa o processo de mielinização da medula espinhal.
21 ^a a 28 ^a	A produção do surfactante começa; os movimentos respiratórios são possíveis; os ductos e sacos alveolares aparecem.
28 ^a a 40 ^a	Mielinização do cérebro começa; tônus muscular desenvolvido; o feto pode girar e elevar a cabeça; termina a formação de novos néfrons; as ramificações pulmonares estão 2/3 completas.

FONTE: Moore; Persaud (1994, p. 2-5).

3.2.1 Alterações fisiológicas e anatômicas do organismo materno

Para Branden (2000) as alterações fisiológicas que ocorrem durante a gestação estão entre as mais significativas que o corpo humano pode sofrer. A gestação e nascimento representam

também eventos psicossociais que afetam profundamente as vidas dos pais, principalmente a materna. Essas alterações ajudam a mulher a adaptar-se à gravidez, manter uma gestação saudável e preparar-se para o nascimento.

As alterações associadas à gestação podem ser sutis ou marcantes e, embora necessárias, essas alterações podem ser desconfortáveis. As alterações fisiológicas que ajudam a diagnosticar a gravidez são apenas uma pequena parte das modificações que ocorrem no organismo materno. À medida que o feto cresce e o perfil hormonal se modifica o organismo passa por adaptações fisiológicas visando a adaptação ao feto e preparação para o nascimento. Os quadros a seguir apresentam a descrição de alguns sinais presuntivos (sinais e sintomas que levam a supor gravidez), prováveis (sinais e sintomas muito sugestivos de gravidez) e positivos (sinais e sintomas definitivos, causados unicamente pela gestação) da gravidez (BRANDEN, 2000).

Quadro 2 – Sinais presuntivos de gravidez

SINAIS PRESUNTIVOS		
SINAL	DESCRIÇÃO	CAUSA ASSOCIADA À GRAVIDEZ
Amenorréia	Ausência de menstruações.	Níveis crescentes de hCG.
Náuseas e Vômitos	Costumam ocorrer entre a 4ª e 6ª semanas e persistem durante o 1º trimestre.	Níveis crescentes de hCG; estresse emocional; alterações metabólicas.
Aumento de frequência urinária	Começa no 1º trimestre, e persiste durante a gestação.	O útero em crescimento comprime a bexiga.
Alterações mamárias	Crescimento, mamas doloridas; aumento dos mamilos que se tornam mais eréteis e podem escurecer; as aréolas aumentam; as veias tornam-se mais visíveis sob a pele da mama.	Alterações hormonais; crescimento do sistema de ductos secretores; aumento do tecido glandular.
Alterações cutâneas	Linha nigra, cloasma, estrias.	Aumento de: estrogênio e do hormônio estimulador do melanócito.

FONTE: Branden (2000, p. 29-33).

Quadro 3 – Sinais prováveis de gravidez

SINAIS PROVÁVEIS		
SINAL	DESCRIÇÃO	CAUSA ASSOCIADA À GRAVIDEZ
Sinal de Hegar	Amolecimento do istmo uterino (detectável entre 6ª e 8ª semana).	Aumento do fluxo sanguíneo para os órgãos pélvicos.
Sinal de Chadwick	Coloração azulada nas mucosas da cérvix, vagina e vulva (visível entre 6ª e 8ª semana).	Congestão vascular causada por aumento de fluxo sanguíneo.
Crescimento do abdômen	O crescimento fetal provoca crescimento uterino.	Útero em crescimento.
Contrações de Braxton-Hicks	São contrações uterinas que começam no início da gravidez e tornam-se mais freqüentes após a 28ª semana.	Provavelmente devidas ao útero em crescimento.
Contorno fetal	Palpação do feto após 24ª semana.	Feto em crescimento.
Teste positivo para gravidez	Aumento dos níveis de hCG.	Aumento dos níveis de hCG.

FONTE: Branden (2000, p. 29-33).

Quadro 4 – Sinais positivos de gravidez

SINAIS POSITIVOS		
SINAL	DESCRIÇÃO	CAUSA ASSOCIADA À GRAVIDEZ
Batimento cardíaco fetal	Detectado a partir da 5ª semana por USG, e da 10ª semana por USG com Doppler.	Desenvolvimento do sistema cardiovascular do feto.
Movimento fetal detectável pela palpação	Percebido como um choque ou ondulação na parede abdominal após a 18ª semana e visível após a 20ª semana.	Crescimento do feto.

FONTE: Branden (2000, p. 29-33).

Além das alterações que ocorrem após a fertilização já descritas anteriormente, outras alterações importantes acometem o organismo materno durante todo o período de gestação e serão descritas a seguir somente as alterações que ainda não foram citadas.

Segundo Branden (2000) o útero retém o feto em desenvolvimento por cerca de 280 dias, ou nove meses cronológicos, nos quais passa por alterações de tamanho, forma e posição. No 1º trimestre o útero alonga-se e cresce, após a 12ª semana o útero pode ser palpado no nível da sínfise púbica. No 2º trimestre o corpo e fundo uterinos assumem uma forma globular e o útero alonga-se e torna-se oval. Na 20ª semana o útero pode ser palpado pouco abaixo da cicatriz umbilical, atingindo o nível da cicatriz umbilical em torno da 22ª semana. No 3º trimestre o fundo uterino está praticamente ao nível do processo xifóide. Entre a 38ª e 40ª semanas o feto começa a descer para pelve, assim a altura do fundo uterino diminui. As paredes musculares uterinas tornam-se mais finas à medida que o útero cresce, chegando a espessura de 5 mm ou menos. Na 40ª semana o útero geralmente pesa cerca de 1.100 g e mede 28 x 24 x 21 cm.

Na vagina, as secreções (brancas, espessas, inodoras e ácidas) aumentam. A acidez ajuda a evitar infecções bacterianas, porém favorece as infecções fúngicas que são comuns durante a gravidez (BRANDEN, 2000).

As mamas tornam-se mais pesadas e congestionadas no final da gestação e ocorre a secreção de um líquido viscoso e amarelado pelos mamilos chamado de colostro. Esse líquido é rico em proteínas, anticorpos e sais minerais, mas pobre em gordura e açúcares (BRANDEN, 2000).

No sistema endócrino o estrogênio estimula e aumenta provisoriamente as glândulas hipófise, tireóide e paratireóides. Dois hormônios secretados pela hipófise anterior, a tireotropina e hormônio adrenocorticotrópico (ACTH), alteram o metabolismo materno para que a gestação possa progredir. A hipófise posterior libera dois hormônios importantes na gestação: a vasopressina (hormônio antidiurético ou ADH) ajuda a controlar o balanço hídrico e a ocitocina estimula o trabalho de parto e ajuda na lactação. As glândulas paratireóides aumentam os hormônios, cerca de duas vezes acima do nível pré-gestacional, durante o 3º trimestre em resposta as demandas fetais de cálcio e fósforo. Embora o próprio pâncreas não passe por alterações durante a gravidez, os níveis maternos de insulina, glicose e glucagon são alterados, após ingestão oral de glicose a gestante tem hiperglicemia prolongada, hiperinsulinemia e redução dos níveis de glucagon (BRANDEN, 2000).

As alterações bioquímicas e mecânicas do sistema respiratório ocorrem durante toda a gestação. O diafragma é elevado cerca de 4 cm durante a gravidez, em torno do 3º trimestre a frequência respiratória pode acelerar em cerca de 2 movimentos por minuto. O volume corrente (quantidade de ar inalado e exalado) aumenta e o volume por minuto (quantidade de ar expirado por minuto) também aumenta em cerca de 50% e a diferença entre as alterações do volume corrente e volume por minuto resulta numa hiperventilação ligeira que reduz a pressão do dióxido de carbono nos alvéolos. A redução resultante do PaCO_2 no sangue materno aumenta a diferença de pressão parcial do dióxido de carbono entre os sangues fetal e materno, facilitando a difusão desse gás produzido pelo feto. A elevação do diafragma reduz a capacidade residual funcional e a redução desse parâmetro respiratório contribui para a hiperventilação (BRANDEN, 2000).

O sistema cardiovascular é alterado de forma marcante durante a gravidez. O coração cresce ligeiramente (regredir após nascimento), há aumento do volume sangüíneo e débito cardíaco. A frequência cardíaca aumenta (10 a 15 bpm) durante o 2º trimestre. Em torno da 32ª semana, o aumento das necessidades de oxigênio e a ampliação do volume ejetado, aumentam o débito cardíaco em até 50%. Nas fases iniciais da gravidez os níveis aumentados de progesterona produzem vasodilatação, as pressões sistólica e diastólica podem diminuir de 5 a 10 mmHg (BRANDEN, 2000).

A mulher grávida ganha uma média de cerca de 10 kg durante a gravidez. Em geral, esse ganho é explicado do seguinte modo: feto, 3 kg; útero, 0,9 kg; placenta e membranas, 0,9 kg; mamas, 0,7 kg; e o restante, cerca de 4,1 kg por gordura e quantidades aumentadas de sangue e de líquido extracelular. O teor de aumento de gordura e nos líquidos corporais varia, de maneira muito intensa, de uma mulher para outra, na dependência de seus hábitos alimentares, em especial da ingestão de sal e água, e das quantidades secretadas dos diferentes hormônios secretados durante a gravidez (GUYTON, 1988, p. 521).

O sistema urinário também sofre alterações, a partir da 10ª semana ocorre uma dilatação significativa da pelve renal, dos cálices e ureteres. Ocorre aumento de frequência e urgência em urinar (BRANDEN, 2000).

As gengivas ficam edemaciadas e sangram facilmente devido ao aumento da vascularização. O tônus e a motilidade gástricos diminuem retardando o esvaziamento do estômago. As alterações hormonais e a pressão mecânica reduzem a motilidade do intestino delgado. A redução da motilidade do cólon aumenta a reabsorção de água, predispondo a gestante

à prisão de ventre. O útero em crescimento desloca o intestino grosso e aumenta a pressão nas veias localizadas abaixo do útero, predispondo a gestante às hemorróidas (BRANDEN, 2000).

De acordo com Branden (2000) o sistema musculoesquelético da gestante passa por algumas alterações em resposta aos hormônios, ao ganho ponderal e ao feto em crescimento. Essas alterações podem afetar a marcha, a postura e o conforto da gestante. O útero em crescimento inclina a pelve para frente, desviando o centro de gravidade da gestante, a curvatura lombossacra é acentuada. No 3º trimestre os músculos reto abdominais proeminentes separam-se, permitindo a protrusão do conteúdo abdominal na linha média.

Pode ocorrer o aparecimento de estrias grávidicas, nas mulheres de pele clara aparecem como traços róseos ou ligeiramente avermelhados, nas mulheres de pele escura as estrias parecem mais claras que o tom de pele circunjacente. Ocorrem mais comumente nas mamas, abdômenes, nádegas e coxas, após o parto assumem uma coloração branco-perolado nas mulheres de pele branca e castanho-claro nas mulheres de pele escura (BRANDEN, 2000).

A pigmentação começa a alterar-se em torno da 8ª semana de gestação. As alterações são mais marcantes nas áreas como a face, as aréolas, as axilas, o abdômen, a região anal, as faces internas das coxas e a vulva. A linha negra é uma linha escura que se estende da cicatriz umbilical até o monte púbico. O cloasma, conhecido como máscara da gravidez, consiste em manchas acastanhadas irregulares que se desenvolvem sobre os ossos do maxilar e fronte, aparece após a 16ª semana e tende a clarear após o nascimento (BRANDEN, 2000).

3.2.2 Desconfortos comuns durante a gestação

Embora a gestação seja um processo fisiológico, algumas das alterações ocorridas neste período podem acarretar certo desconforto em algumas mulheres. Conforme Bethea (1982), esses desconfortos são passageiros e, geralmente, podem ser aliviados ou prevenidos por medidas simples. Quando não houver o que se fazer, a não ser esperar que o processo da gestação evolua, a mulher poderá ser tranquilizada sabendo que essas alterações são comuns, diminuindo o estresse e a ansiedade provocados pelas mudanças.

Já no início da gravidez ocorre o aumento da frequência urinária, desconforto decorrente do progressivo aumento do volume uterino, que exerce pressão contra a bexiga urinária. Assim, a capacidade da bexiga diminui provocando aumento da frequência urinária, que persiste

aproximadamente até o segundo ou terceiro mês da gestação, quando o útero passa para a cavidade abdominal e diminui a pressão sobre a bexiga. A frequência urinária torna a aumentar próximo ao fim da gestação, quando ocorre o encaixamento e a cabeça fetal passa a pressionar a bexiga (BETHEA, 1982).

Um dos desconfortos que é experimentado pela maioria das gestantes é a náusea, com ou sem vômitos, durante o primeiro trimestre. A náusea da gravidez pode ocorrer a qualquer momento do dia, mas aparece com maior frequência pela manhã ao levantar. As náuseas e os vômitos podem decorrer de alterações fisiológicas da gravidez ou podem ser devido a um estado de tensão, sendo que mesmo quando a gestação é altamente desejada deve ser esperado algum tipo de tensão emocional até serem realizados diversas adaptações. Esse problema pode ser aliviado pela ingestão de 2 a 3 bolachas ou 1 torrada, sem nenhum tipo de líquido, imediatamente ao acordar, seguida de repouso no leito por 20 a 30 minutos; então levantar-se e ingerir um desjejum leve. Outras medidas de alívio incluem bastante repouso e relaxamento frequentes para reduzir a tensão, deitar-se em decúbito dorsal durante um período de tempo curto após as refeições, retirar os alimentos gordurosos da dieta e fazer 5 ou 6 pequenas refeições por dia ao invés de 3 grandes. Quando a mulher conhece o momento do dia em que aparece o sintoma, deverá alimentar-se 30 minutos antes (BETHEA, 1982; ZIEGEL, CRANLEY, 1985).

A pirose ou azia, outra sintomatologia de muitas gestantes, é provocada, segundo Ziegel e Cranley (1985), pelo refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago, sendo descrita como sensação de queimação que inicia no estômago e atinge a garganta. Em geral, pode ser evitada tendo refeições pequenas frequentes em vez de 3 grandes, reduzindo a quantidade de gordura da dieta e repousando numa posição semi-reclinada por aproximadamente meia hora após as refeições. Quando essas medidas não produzem o efeito desejado, será prescrita pelo médico uma preparação antiácida. A gestante deve ser advertida contra o uso de bicarbonato de sódio, devido a possibilidade de retenção de sódio e subsequente edema.

Outro desconforto decorrente da gestação é a flatulência, atribuída por Bethea (1982) à diminuição da peristalse intestinal durante a gravidez e a uma ação bacteriana que resulta na formação de gás. Para evitar esse problema é importante que a gestante faça refeições pequenas, mastigue bem os alimentos, exclua da dieta os alimentos formadores de gás e estabeleça horário regular para sua evacuação. A constipação pode tornar-se um problema durante o período gestacional, principalmente para mulheres que já a apresentam habitualmente. Como principal

causa, Ziegel e Cranley (1985) citam a redução do peristaltismo intestinal devido compressão pelo útero em crescimento, sendo também associado à distensão da musculatura abdominal. A profilaxia deve incluir dieta contendo frutas, vegetais folhosos, pães integrais, cereais e líquidos em abundância; realização diária de exercícios; estabelecimento de um horário regular para evacuação diária. O uso de laxativos e catárticos só deve ser feito sob prescrição médica, já os catárticos irritantes e os enemas só serão utilizados quando todas as outras medidas tenham sido ineficazes.

O edema dos pés, ainda segundo as autoras, é muito comum durante a gravidez, podendo estender-se às mãos, tornozelos, pernas, coxas, incluindo até a vulva. Esse edema é considerado fisiológico, sendo decorrente da interferência mecânica no retorno venoso com extravasamento de líquido através das paredes venosas distendidas. O decúbito lateral é a posição mais favorável para o retorno venoso das extremidades inferiores, podendo também elevar as pernas ao sentar-se quando não for possível deitar. A restrição dietética de sal não está indicada no edema da gravidez, pois seu fator etiológico não é a retenção de sódio. Se os sintomas persistirem após o repouso, deve-se atentar para a possibilidade de toxemia gravídica, complicação que será abordada mais adiante.

O bem-estar da gestante também pode ser prejudicado pela ocorrência de varizes, que podem apresentar dor acrescida à má aparência. As varizes são veias hiperdistendidas pelo sangue que ocorrem principalmente nas pernas (podendo aparecer no reto e vulva) em múltiparas, uma vez que as veias superficiais dos membros inferiores suportarão a tensão sobre elas na primeira gravidez, porém não agüentarão nas subseqüentes. Na prevenção de varicosidades citam-se as medidas já descritas para os casos de edema, acrescentando a realização de caminhadas e o uso de meias elásticas ou bandagens em espiral. As varizes do reto são chamadas hemorróidas, são dolorosas, podem coçar e sangrar. As medidas tomadas para prevenir ou aliviar a constipação também são válidas para prevenir as hemorróidas, pois o esforço na evacuação é grandemente responsável por seu desenvolvimento. As varizes vulvares podem ser aliviadas deitando-se com as nádegas elevadas várias vezes ao dia (BETHEA, 1982; ZIEGEL, CRANLEY, 1985).

As câibras nos membros inferiores, entorpecimento e formigamento estão entre os desconfortos mais perturbadores da gestação devido à dor que causam e por ocorrerem com maior freqüência no momento em que a gestante está repousando. Podem ser resultado da tensão,

da deficiência circulatória resultante da compressão do útero grávido sobre as veias pélvicas, da hiperdistensão dos músculos e fáscias das pernas e, em alguns casos, da falta de cálcio. O alívio é geralmente obtido ficando-se de pé, se isso não for possível, deverá se estender a perna com o pé e os artelhos flexionados. Massagem e calor local também podem auxiliar (BETHEA, 1982).

A síndrome da hipotensão supina, de acordo com Ziegel e Cranley (1985), pode causar tonteira e sensação de desmaio, constituindo mais um desconforto da gravidez. Nesta situação, a veia cava inferior é comprimida pelo útero gravídico volumoso, quando a gestante permanece em decúbito dorsal, diminuindo o retorno venoso. A mudança para o decúbito lateral esquerdo é importante para a manutenção do bem-estar da gestante e do feto.

No final da gestação o útero eleva-se, comprime o diafragma e provoca falta de ar na gestante, sendo que esse desconforto ocorre principalmente quando a gestante tenta dormir. Além disso, a gestante parece ter tendência à diminuição das incursões respiratórias devido o aumento da sensibilidade do centro respiratório ao conteúdo de dióxido de carbono do sangue. Geralmente, pode-se obter alívio temporário do sintoma estendendo os braços acima da cabeça por alguns minutos em decúbito dorsal e, após, voltar ao decúbito lateral esquerdo, relaxar e dormir. Quando o bebê atinge a pelve, a pressão sobre o diafragma é aliviada, bem como o desconforto. Falta de ar antes que o útero cresça suficientemente para comprimir o diafragma pode ser sintoma de cardiopatia (BETHEA, 1982; ZIEGEL, CRANLEY, 1985).

A lombalgia, segundo Ziegel e Cranley (1985, p. 207), “é uma queixa comum na gestação, decorrente da fadiga muscular e do estiramento que acompanha o desequilíbrio”. As autoras ressaltam que a lombalgia, as varicosidades e o edema de pés e tornozelos podem ser devidos a uma postura inadequada. Para diminuir a dor lombar, a gestante deve manter um bom alinhamento do corpo, evitar curvar-se ou erguer pesos. Quando precisar curvar-se, deverá agachar-se, dobrando os joelhos e mantendo as costas retas e os pés bem separados. Exercícios com o balanço da pelve, apoios abdominais e repouso adequado também ajudam no alívio da lombalgia.

A insônia é comum no final da gravidez, quando a mulher tem dificuldade em encontrar uma posição confortável no leito, devido ao tamanho e peso de seu corpo e aos movimentos fetais, que têm frequência vigorosa e desconfortável. Além disso, no final da gestação, com a aproximação do parto, a excitação e a antecipação do nascimento podem tornar difícil o relaxamento. Há várias medidas que a mulher pode tomar para tentar promover o relaxamento e o

sono, tais como: a ingestão de líquido morno, um banho na hora de dormir, a leitura de algum material leve na cama, dentre outros (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Outra alteração que pode provocar certo desconforto é o aumento da secreção vaginal nos últimos meses da gestação. Normalmente a secreção moderadamente abundante amarelada ou branca não tem significado particular, embora possa ser desagradável. Não devem ser aplicadas duchas sem indicação médica. Se a secreção se tornar abundante e causar prurido e queimação, há indício de infecção. Além do banho diário, a vulva pode ser lavada com água morna após cada micção. Deve-se preferir calcinhas de algodão às de outros tecidos, por serem mais absorventes e permitirem melhor circulação de ar (BETHEA, 1982; ZIEGEL, CRANLEY, 1985).

Bethea (1982) cita ainda o prurido como desconforto comum da gravidez, sendo que esse pode ser devido ao ressecamento da pele que parece acompanhar a gestação, à materiais secretados pelas glândulas cutâneas, ao estiramento cutâneo ou a um uso excessivo de sabonete no banho. Pode-se obter alívio banhando as áreas afetadas com uma solução de bicarbonato de sódio ou com banho de amido ou de farinha de aveia. Aumentar ingesta líquida para diluir os materiais irritantes secretados pelas glândulas, usar sabonete neutro ou evitar qualquer sabonete no banho e usar óleo sobre a pele após o banho também podem contribuir no alívio do prurido.

3.2.3 Cuidados gerais para promover uma gestação saudável

Devido as modificações decorrentes do processo gestacional, há um redimensionamento na relação da mulher com seu corpo e auto-imagem, em vista disso, autores como Bethea (1985) e Ziegel e Cranley (1985) sugerem cuidados gerais para promover uma melhor adaptação a este período. Nos parágrafos a seguir discorreremos sobre aspectos mais relevantes abordados pelos autores citados.

Alimentação: uma alimentação equilibrada durante a gestação significa que mãe e feto estarão suprimindo suas necessidades nutricionais, aumentando a ingesta de sais minerais, proteínas e vitaminas. Uma dieta ideal consiste na ingesta diária de, em média: um litro de leite; pelo menos duas porções de carne, ovos, peixe, aves ou queijo; quatro ou mais porções de vegetais e frutas; quatro ou mais porções de carboidratos e deve ingerir pelo menos dois litros de líquido diariamente.

Higiene e conforto: os cuidados de higiene devem ser reforçados neste período, pois a função excretora da pele está aumentada, o que pode tornar a pele e o cabelo mais oleosos, exigindo uma necessidade mais freqüente de banho e lavagem dos cabelos. O vestuário também deve ser adequado às alterações ocorridas com a gestação. Deve-se preferir tecidos absorventes como o algodão, principalmente nas roupas íntimas. Qualquer roupa que restrinja a circulação deverá ser evitada, o sutiã deverá ter base e alças largas e ajustáveis. Os sapatos deverão ser confortáveis proporcionando um firme apoio ao pé e evitando quedas, já que neste período, o ponto de equilíbrio da mulher está alterado.

Exercício: o exercício é benéfico, pois melhora a circulação sanguínea, a digestão, estimula a função intestinal, promove um sono repousante e diverge a atenção das responsabilidades rotineiras. O tipo de exercício que a gestante fará deverá ser compatível com o que ela fazia antes da gravidez, exercícios extenuantes e aqueles em que podem ocorrer quedas devem ser evitados. Caminhar ao ar livre é particularmente recomendado.

Sono e repouso: a necessidade de sono e repouso se torna mais evidente durante a gravidez e são essenciais para a recuperação da energia. A gestante deve planejar períodos de repouso durante o dia, se possível deve deitar-se em decúbito esquerdo.

Sexualidade: o desejo de expressão sexual durante a gravidez varia de mulher para mulher, de maneira geral, no primeiro trimestre ocorre uma discreta diminuição da atividade sexual provavelmente relacionado à fadiga e à náusea. No segundo trimestre o desejo sexual tende a aumentar devido à congestão pélvica, já no terceiro trimestre o interesse sexual diminui por causa do crescimento do bebê.

Cuidados com as mamas: o cuidado com as mamas e mamilos deve iniciar o mais precocemente, pois a sucção causa uma ação esfoliadora e distensiva podendo resultar em fissuras. Para estimular o mecanismo de proteção natural do organismo, formando um tecido mais resistente, a mulher pode: roçar delicadamente o mamilo na vestimenta para massageá-lo; friccionar o mamilo com uma toalha grossa, por alguns minutos, para gradualmente endurecê-los; expor as mamas ao sol por aproximadamente 15 minutos antes das 10 horas e após as 16 horas.

3.2.4 Procedimentos complementares necessários na assistência à gestante de baixo risco

Conforme relata Rezende (1998), a seqüência dos exames a serem procedidos não tem importância maior, variando de acordo com a rotina dos serviços ou com variações sugeridas na individualização dos casos.

Em gestantes de baixo risco, em nosso meio, conforme Neme (2000), indicam-se os seguintes exames complementares: tipagem sanguínea (A, B, O e Rh), sorologia para “Lues”, urina (tipo I e cultura), hemograma completo, glicemia, colpocitologia oncótica, determinação e titulação de anticorpos (rubéola, toxoplasmose, doença citomegálica, hepatite B e AIDS) e ultrassonografia pélvica entre as 12^a e 14^a semanas. Quando a anamnese familiar refere diabetes, deve-se rastreá-lo, na gestante, pelo teste de tolerância à glicose. Ainda em gestantes de baixo risco serão realizados exames de fezes e de secreções vaginais quando queixas são referidas.

De acordo com Rezende (1998), tornam-se indispensáveis algumas considerações sobre alguns dos exames complementares:

Determinação do grupo sanguíneo e do fator Rh – a classificação do sistema ABO, feita para facilitar eventual hemotransfusão, tem por vezes importância em certas imunizações ou no diagnóstico diferencial de icterícias neonatais.

Dentre as gestantes, 85% são Rh positivo; nessas pacientes, salvo história sugestiva de aloimunização, nada mais se pesquisa no setor. As pacientes Rh negativo são potencialmente sensibilizadas por transfusões ou por albergar conceito Rh positivo. Será, pois, necessário minuciar a anamnese, inquirindo de possíveis transfusões sanguíneas, heterohemoterapia, gestações terminadas em abortos ou partos de natimortos e icterícia neonatal. Será indagado o fator Rh do marido, e o resultado, em sendo também negativo, termina a investigação; sendo positivo, estão presentes, teoricamente, as condições para aloimunização. Nessas circunstâncias e naquelas em que não se consegue examinar o marido, será investigada a presença de anticorpos anti Rh no sangue materno.

Então, durante assistência pré-natal, três áreas exigem atenção e vigilância constantes no que diz respeito a essa questão: identificação das pacientes em risco de sensibilizar-se, prevenção da sensibilização nesse grupo e reconhecimento e cuidados com a paciente sensibilizada.

Exames sorológicos para diagnóstico de “Lues” – a gravidade das repercussões fetais é inversamente proporcional à duração da doença materna, isto é, quanto mais longo o período de

infecção, menos seriamente será a criança afetada. São variadas as repercussões da sífilis sobre o feto: natimortalidade, óbito neonatal, doença clinicamente aparente nos primeiros meses de vida e aparecimento tardio de estigmas. O tratamento adequado da mãe, durante a gestação, impede a contaminação sífilica do conceito, mas exige rigoroso seguimento do recém-nascido.

Exame citopatológico – deverá ser sistematicamente realizado durante a gravidez, visando o rastreamento oncológico e da infecção vaginal. Sob a influência hormonal da gravidez, as secreções cervicais estão aumentadas, elevando assim o pH vaginal que, por sua vez, pode proporcionar alterações da flora bacteriana local.

Exame de urina – o exame simples de urina ou exame parcial de urina (EPU) deverá ser realizado na primeira consulta em toda grávida, a fim de pesquisar bacteriúria assintomática e proteinúria. Em grávidas de risco ou naquelas com suspeita de infecção do trato urinário (ITU), impõe-se urocultura.

Ultra-sonografia pélvica – tornou-se procedimento obrigatório em obstetrícia. No primeiro trimestre, idealmente por via vaginal; dessa época em diante, transabdominal. Sendo procedimento seguro e inócuo, pode ser repetido sempre que necessário, em momentos diversos da gestação. Justifica-se realizar o exame, mesmo em gestações normais, em derredor da 9ª, 20ª e 36ª semanas. As informações proporcionadas pelo exame relacionam-se ao conceito, ao líquido amniótico e à placenta. O exame rotineiro é útil e decisivo para rastrear malformações.

Pesquisa de anticorpos de rubéola – quando a grávida tiver contato com pessoa suspeita ou portadora de rubéola, deverá ser submetida a exame de sangue, com intervalo de duas semanas, para rastrear a presença de anticorpos. A investigação também deverá ser feita no feto, mediante cordocentese, e pesquisa de anticorpos IgM no seu sangue. Tal procedimento é justificado quando a gestante tiver sido vacinada, inadvertidamente, a menos de três meses do início da gestação ou no primeiro trimestre da prenhez.

Pesquisa de diabetes – tem por objetivo, na assistência pré-natal, prevenir complicações ou evitar a evolução daquelas anteriores a gravidez, tais como: hiperglicemia, cetoacidose, retinopatia, nefropatia, polidramnia e pré-eclâmpsia maternas e malformações, morte intra-uterina, asfixia, parto prematuro, imaturidade pulmonar, macrossomia, tocotraumatismo e hipoglicemia neonatal do conceito.

Pesquisa de AIDS – o teste anti-HIV deve ser solicitado com consentimento da cliente. A determinação de infecção materna por HIV, conduzirá o tratamento da mãe e do recém-nascido,

que possui, atualmente, grande possibilidade de não ser infectado se acompanhado adequadamente.

Ziegel e Cranley (1985) fazem considerações, ainda, sobre mais alguns exames complementares.

Pesquisa de anticorpos de doença citomegálica – a importância do citomegalovírus na gravidez decorre da sua habilidade em causar infecção fetal. Embora seja de difícil diagnóstico devido à ausência de sintomas típicos na infecção materna, o período mais crítico é durante o segundo mês de gestação. Os bebês são afetados de modo semelhante à infecção pela rubéola, são pequenos para a idade gestacional, microcefálicos e apresentam um retardo mental e desenvolvimental. Quando a infecção materna se dá no último trimestre, o bebê é infectado no canal de parto, transmitindo o vírus, mas não apresentando sintomas clínicos. Não se conhece atualmente um meio de prevenção ou tratamento.

Pesquisa de anticorpos de toxoplasmose – neste caso o protozoário cruza rapidamente a placenta, causando infecção congênita, onde os bebês exibem vários problemas como retardo no crescimento intra-uterino, microcefalia, icterícia, dentre outros. Por ser assintomática no adulto, exige um rastreamento cuidadoso. Se houver ocorrência de toxoplasmose ativa durante a gravidez, deve-se realizar o tratamento medicamentoso.

Medida do peso – tem o objetivo de avaliar o ganho ponderal durante a gestação para: identificar as gestantes com déficit nutricional ou sobrepeso, no início da gestação; detectar as gestantes com ganho de peso menor ou excessivo para a idade gestacional, em função do estado nutricional prévio; permitir, a partir da identificação oportuna das gestantes de risco, orientação para as condutas adequadas a cada caso, visando melhorar o estado nutricional materno, suas condições para o parto e o peso do recém-nascido (REZENDE, 1998).

Vacinação antitetânica – é realizada para a prevenção do tétano no recém-nascido e para a proteção da gestante, com a vacina dupla tipo adulto (dT) ou, na falta desta, com o toxóide tetânico (TT). Para a gestante não-vacinada, usa-se o esquema básico que consta de três doses, podendo ser adotado um dos seguintes esquemas:

- 1º esquema: a 1ª dose é aplicada o mais precocemente possível, a 2ª dose pode ser aplicada 30 a 60 dias após a 1ª dose e a 3ª dose pode ser aplicada 180 dias após a 2ª dose.

- 2º esquema: a 1ª dose também é aplicada precocemente, a 2ª dose pode ser aplicada 60 dias após a 1ª dose e a 3ª dose pode ser aplicada 60 dias após a 2ª dose.

O segundo esquema deve ser usado quando não há tempo suficiente para que se aplique o primeiro esquema, lembrando que a segunda dose deve ser aplicada até 20 dias, no máximo, antes da data provável do parto. Os reforços são feitos de dez em dez anos e antecipa-se a dose de reforço se ocorrer nova gravidez em cinco anos, ou mais, depois da aplicação da última dose.

Para a gestante vacinada, usa-se o esquema básico que funciona do seguinte modo: na gestante que já recebeu uma ou duas doses da vacina contra o tétano (DPT, DT, dT ou TT), deverão ser aplicadas mais uma ou duas doses da vacina dupla tipo adulto (dT) ou, na falta desta, o toxóide tetânico (TT), para se completar o esquema básico de três doses. Os reforços também se dão de dez em dez anos, como também se antecipa a dose de reforço se ocorrer nova gravidez em cinco anos, ou mais, depois da aplicação da última dose. Os efeitos adversos mais comuns são: dor, calor, vermelhidão e endurecimento local, e febre; e a contra-indicação, bastante rara, é o aparecimento de reação anafilática seguindo-se à aplicação de dose anterior.

3.2.5 Complicações mais comuns durante a gestação

Conforme Brasil (2000), os fatores de risco na gravidez estão associados a múltiplas perspectivas, algumas das quais são apresentadas a seguir.

- Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis: idade menor que 17 e maior que 35 anos; ocupação (esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse); situação conjugal insegura; baixa escolaridade (menos de 5 anos); condições ambientais desfavoráveis; altura menor que 1,45 m; peso menor que 45 kg e maior que 75 kg; dependência de drogas lícitas ou ilícitas.
- História reprodutiva anterior: morte perinatal explicada e inexplicada; recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; abortamento habitual; esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade e multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; cirurgia uterina anterior.

- Doença obstétrica na gravidez atual: desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclâmpsia e eclampsia; amniorrexe prematura; hemorragias da gestação; isoimunização; óbito fetal.
- Intercorrências clínicas: cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; hipertensão arterial; epilepsia; doenças infecciosas; doenças auto-imunes; ginecopatias.

Dentre a pluralidade das intercorrências gravídicas, destacamos a seguir apenas as que são mais comuns em nosso meio, como a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, rompimento prematuro das membranas, incompatibilidade sanguínea materno-fetal e gravidez prolongada ou gestação serotina.

A *DHEG*, conforme relata Rezende (1998), surge geralmente no terceiro trimestre da gestação e caracteriza-se pelo aparecimento de hipertensão arterial, edema e proteinúria. Entretanto é a elevação da pressão arterial além de 140 x 90mmHg ou o aumento dos níveis tensionais em 30mmHg para a pressão sistólica e de 15mmHg para a pressão diastólica, o principal elemento para a identificação da entidade. Tais aumentos devem ser comprovados pelo menos duas vezes dentro de 6 horas. É importante ressaltar que estes sintomas e sinais são indicativos de DHEG apenas em idade gestacional superior a 20 semanas, abaixo disto, é considerado hipertensão arterial sistêmica.

As formas clínicas da eclampsia são constituídas pela pré-eclâmpsia leve/moderada, pré-eclâmpsia grave e pela eclampsia propriamente dita. A pré-eclâmpsia leve/moderada tem seu princípio no aumento súbito do peso (maior ou igual a 500 g/semana), seguido de edema generalizado, hipertensão e proteinúria. Na pré-eclâmpsia grave, além dos sinais já descritos, há presença de oligúria, aumento da creatinina no soro, dor epigástrica, manifestações cerebrais (cefaléia, torpor, obnubilação) e visuais (turvação, diplopia, escotomas), queda no número de plaquetas, entre outros. Já na eclampsia propriamente dita, soma-se a convulsão (podendo ser seguida de coma) à sintomatologia das pré-eclâmpsias leve e grave descritas anteriormente (GREGÓRIO, 2002).

Rezende (1998) refere alguns fatores contribuintes na etiopatogenia do processo hipertensivo específico da gestação, entre eles: constituição corporal (baixa estatura, obesas e

tensas), associações mórbidas (diabetes, hipertensão essencial, nefropatias hipertensivas), idade materna avançada, hereditariedade, raça (negras, hindus, árabes muçulmanas e judias iraquianas), nutrição-dieta hipoproteica e hipercalórica, tabagismo, paridade (primigestas), inserção placentária alta, prenhez múltipla, polidramnia, neoplasia trofoblástica, aloimunização fetomaterna. Mas destaca-se que não é conhecida uma etiologia exata.

A fisopatogenia da DHEG, segundo Rezende (1998), é explicada pelo espasmo arteriolar que provoca alterações na parede vascular com, conseqüente, aumento da permeabilidade capilar e deposição subendotelial de fibrinogênio e plaquetas. No decurso da DHEG há alterações morfológicas e funcionais em diversos órgãos, que sofrem com a redução do afluxo sanguíneo e conseqüente hipóxia e necrose endotelial. Tais alterações anátomo-funcionais levam ao quadro de insuficiência placentária, comprometendo a nutrição fetal, o que condiciona recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e na vigência de hipóxia ocorre o sofrimento fetal crônico, eventualmente o óbito intra-útero.

Conforme Gregório (2002), as condutas de enfermagem mais relevantes na pré-eclâmpsia grave e na eclâmpsia são: manter a paciente em repouso num ambiente arejado para reduzir os níveis pressóricos e melhorar o fluxo renal; orientar a paciente para que permaneça em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo, alternando com freqüência para o lado oposto, evitando o risco de compressão da veia cava inferior pelo útero; manter permeabilidade das vias aéreas superiores, instalando oxigenioterapia de acordo com o grau de cianose, controle da pressão arterial periódico, entre outros.

A *placenta prévia (PP)* é descrita por Rezende (1998) como termo genérico que abrange todas as inserções da placenta no segmento inferior do útero. É nomenclatura ambígua que reúne implantações diversas: laterais, marginais e centrais (centrais-parciais e centrais-totais).

Sobre a etiopatogenia, Rezende (1998, p. 773) cita: “Obscura a etiologia. Controversa, a patogenia”. A ocorrência é maior em múltiparas e é diretamente proporcional à idade materna, nas pacientes anteriormente cesareadas e nas que têm antecedentes de abortamentos a freqüência de placenta prévia também cresce, bem como nas grávidas tabagistas. Incrimina-se o relaxamento considerável do músculo uterino, favorecendo o escorregamento e fixação do ovo ao segmento inferior, além de contrações uterinas mais fortes e esgotamento da mucosa uterina em múltiparas.

Segundo Rezende (1998), o principal sintoma da placenta prévia é a hemorragia; por sua vez a placenta prévia mantém-se como principal causa de hemorragia no terceiro trimestre. Essa

hemorragia é indolor, de sangue vermelho-vivo e fluido, desvinculada de quaisquer esforços ou traumas. O diagnóstico se dá pela ultra-sonografia, com 94% de fidelidade.

Com relação à assistência de enfermagem nesta intercorrência, cita-se a determinação da extensão da perda sanguínea, proporcionar reposição sanguínea conforme prescrição, minimizar as possibilidades de sangramento adicional, reduzir ansiedade e controle dos sinais vitais (GREGÓRIO, 2002).

O *descolamento prematuro da placenta (DPP)* normalmente inserida, é descrito por Rezende (1998) como a separação da placenta implantada no corpo do útero, antes do nascimento do feto, em gestação de 20 ou mais semanas completas. A área descolada varia de alguns milímetros até a totalidade da placenta e a sintomatologia varia na mesma proporção, sendo mais comum em mulheres de paridade elevada, nas idosas e nas de menos de 20 anos e com história do acidente em gravidez anterior.

Segundo Rezende (1998), a etiopatogenia está longe de ser inteiramente desvendada, mas alguns fatores indicam ter relação com a DPP, tais como a hipertensão materna (toxêmica ou crônica) que é responsável por 50 % dos casos graves; fator mecânico como: traumatismos diretos sobre o abdome, brevidade do cordão, torção do útero grávido, retração uterina intensa ou hipertensão na veia cava inferior; e há ainda o fator placentário como: placenta circunvalada, necrose da decídua basal e grandes enfartes decorrentes do tabagismo, anemia e má nutrição na gravidez.

De acordo com Rezende (1998), a sintomatologia é inconfundível, porém há de ser afastada a placenta prévia, que se distingue pelas características da hemorragia (indolor e de repetição), presença dos batimentos cardíofetais e percepção do tecido placentário ao toque. Como sinais e sintomas que caracterizam o quadro de DPP, estão: sangramento vaginal de cor escura (algumas vezes pode ser oculto dependendo da área descolada), dor à palpação uterina ou lombar, sofrimento do concepto, taquissistolia e hipertonia uterina, parto pré-termo idiopático e morte fetal.

A *rotura prematura das membranas* (âmnio e cório), ainda na perspectiva de Rezende (1998), é o escoamento de líquido amniótico antes do início do trabalho de parto. Dá-se, habitualmente, espontaneamente, de modo fraco e evidente. Com menor frequência, o escoamento pode processar-se discretamente, constituindo a amniorrexe prematura clinicamente

dissimulada. A gravidade é maior quando ocorre longe do termo, propiciando o nascimento prematuro.

A etiologia, ainda segundo o autor, é controversa, mas possivelmente há relação com a infecção derivada da cervicite, vaginite e colonização por certos microrganismos. Como condições predisponentes, cita-se ainda: traumatismos (toques vaginais intempestivos, colocação de amnioscópico, cateteres ou sondas), incompetência istmocervical e deficiência de vitamina C.

As repercussões da rotura prematura das membranas são variadas, sendo que dentre as maternas cita-se: inércia uterina, hemorragias, traumatismos uterinos ou vaginais e complicações infecciosas. São quatro as principais repercussões perinatais da rotura prematura: infecção, prematuridade, acidentes do parto e dificuldade respiratória neonatal (REZENDE, 1998).

O *trabalho de parto prematuro (TPP)* é definido por Ziegel e Cranley (1985), como o trabalho de parto que ocorre antes da 37ª semana de gestação. O mecanismo exato que desencadeia o trabalho de parto normal não é conhecido, assim, não é possível apontar os fatores que iniciam o TPP. Há certas complicações obstétricas capazes de predispor ao trabalho de parto e ao parto prematuros, tais como as gestações múltiplas, poliidrâmnios, hipertensão, sangramento do 3º trimestre, ruptura prematura das membranas e incompetência cervical. As autoras citadas ainda relatam que, às vezes, é necessário interromper a gravidez antes do termo devido ao meio ambiente intra-uterino desfavorável ou doença materna.

Na prevenção do TPP, Ziegel e Cranley (1985) incluem: uma assistência pré-natal que vise a manutenção do bom estado de saúde da mulher, uma nutrição adequada para favorecer o desenvolvimento fetal e, para mulheres que já apresentem algum risco, é indicado repouso no leito. Também podem ser utilizadas drogas supressoras do trabalho de parto, conforme avaliação de cada caso. Quando não for possível ou desejável interromper o TPP, deve-se atuar no sentido de proporcionar um meio ambiente ótimo para o trabalho e parto de uma criança prematura.

A *infecção urinária* é mais uma complicação comum durante a gravidez. Está comumente relacionada à estase urinária, pois a função renal é enormemente alterada nesse período, uma vez que os rins da mãe têm de responder a maiores demandas metabólicas e circulatórias, além das excreções das escórias fetais. Os efeitos possíveis da infecção urinária podem incidir sobre mãe e criança, causando: agravamento do desconforto geniturinário e abdominal; possibilidade de parto prematuro; dor no flanco; disúria e, caso a mãe seja tratada com sulfonamidas, existe a

possibilidade de que esse fármaco cause efeitos teratogênicos sobre o feto (BRANDEN, 2000; ZIEGEL, CRANLEY, 1985).

Branden (2000) afirma que a assistência de enfermagem na infecção urinária durante o período gestacional consiste em ações curativas e preventivas, tais como, estimular a ingestão hídrica, estimular a paciente para que mantenha repouso, orientar a paciente sobre a necessidade do tratamento e profilaxia das recidivas.

A *incompatibilidade sanguínea materno-fetal* é causadora da doença hemolítica do recém-nascido, que tem como elemento desencadeador os anticorpos da gestante, específicos para antígeno localizado nas hemácias do concepto. Nesse caso, o concepto (Rh positivo) possui o antígeno eritrocitário, de herança paterna, ausente no organismo materno (Rh negativo) capaz de imunizá-la, produzindo anticorpos específicos ao referido antígeno. Os anticorpos maternos passando para o feto vão, em virtude da reação específica antígeno-anticorpo, produzir a hemólise de suas hemácias, ulteriormente a dos eritrócitos do recém-nascido (REZENDE, 1998).

A aloimunização materna é ocasionada quando hemácias Rh positivo são introduzidas em seu organismo, o qual não possui o antígeno Rh, assim, no primeiro contato, a gestante fica sensibilizada e os linfócitos B transformam-se em células produtoras de anticorpos (IgM), sendo esta a resposta primária. Quando em outra oportunidade (nova prenhez ou transfusão incompatível), hemácias Rh positivo são novamente carregadas para a circulação materna, aqueles linfócitos já as reconhecem, os imunócitos são produzidos e passam a elaborar IgG que, por via retrógrada, atravessam a placenta, invadem a circulação fetal, fixam-se nas hemácias do concepto e causam a sua lise. A gestante está, então de acordo com Rezende (1998), aloimunizada ao Rh.

Todas as gestantes Rh negativo devem, à primeira consulta pré-natal, realizar o teste de Coombs indireto, que avalia a existência de anticorpos anti-Rh circulantes. Ausente a aloimunização, essas pacientes são novamente avaliadas (Coombs indireto) com 28, 32 e 36 semanas de gestação; se permanecerem com aloimunização negativa, resta ao profissional apenas o acompanhamento da gestação, com o cuidado de fazer a profilaxia com 28 semanas da gestação e, em caso de produto Rh positivo, também após o parto. Presente a aloimunização, procede-se ao seguimento mensal até o termo. A partir de 20 semanas os fetos serão acompanhados semanalmente pelo Doppler e ultra-sonografia (REZENDE, 1998).

Com relação à profilaxia da aloimunização anti-D, Rezende (1998) relata que a administração passiva de soro anti-D, à pessoa Rh negativo, interfere na imunização primária do antígeno D. Em estudos experimentais ficou, internacionalmente, comprovado que a dose de 20 microgramas da IgG anti-D suprime o estímulo antigênico de 1mL de hemácias Rh positivo. Dentro dessa regra básica, a dose de 300 microgramas de IgG anti-D é usada no Brasil para profilaxia pós-parto; ela protege uma hemorragia fetomaterna de cerca de 15 mL ou pouco menos, para 99% das mulheres Rh negativo.

Para Rezende (1998), *gravidez prolongada* é aquela com duração superior a 42 semanas completas. Sendo que inexistem fatores, maternos ou fetais, determinantes de pós-maturidade. Não obstante citam-se circunstâncias clínicas com maior probabilidade de associar-se à gravidez prolongada, como por exemplo:

- fatores maternos: idade e paridade (primíparas novas), condição sócio-econômica menos abastada, antecedente de gravidez prolongada, ganho ponderal materno à ocasião do parto elevado.
- fatores fetais: deficiência de sulfatase placentária e anencefalia.

Rezende (1998) cita, ainda, alguns fatores influenciadores na etiopatogenia da gravidez prolongada, tais como: redução no processo de distensão progressiva do útero, excessiva atividade endócrina placentária, causas intrínsecas do miométrio (inércia ou inexcitabilidade da fibra miometrial), fatores iatrogênicos (doses excessivas de inibidores miometriais), função endócrina fetal (como em casos de anencefalia), deficiência de substâncias endógenas estimuladoras da contratilidade uterina (bradicinina, angiotensina, prostaglandinas...) e o fator cervical (protraiamento por ausência de estímulo mecânico).

A avaliação pré-natal da gestação supostamente prolongada baseia-se em dois objetivos principais, de acordo com Rezende (1998):

- excluir a gestação “falsamente prolongada”, bem mais freqüente, assim classificada por erro na estimativa da idade gestacional e que, se intempestivamente interrompida, pode levar a agravo do neonato.
- separa a prenhez “fisiologicamente prolongada”, isenta de risco para o conceito, da “patologicamente prolongada”, que cursa com insuficiência placentária e com aumento da morbidade e mortalidade perinatal, exigindo interrupção da gestação em tempo hábil.

3.3 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À GESTAÇÃO

Segundo Honrubia (1994) a gestação, o parto e o nascimento são parte do processo criador de vida que transforma a mulher em mãe. Esse processo afeta profundamente os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da mulher. Durante a gestação a mulher se confronta com vários estressores, como o aparecimento de um novo membro familiar, as modificações em seu organismo e mudanças e ajustes em sua vida social. Quando se aproxima o parto a mulher enfrenta anseios quanto à aproximação e “realidade” da criança, o medo da dor e a hospitalização.

Embora a ocorrência de estados emocionais peculiares na gravidez seja reconhecida pela grande maioria dos autores, a origem desses estados ainda é muito discutida. Além das grandes transformações físicas provocadas pela gestação, os hormônios sexuais exercem efeitos definitivos no comportamento, assim, as grandes mudanças dos níveis de estrogênio e progesterona podem influir enormemente na psicologia da gravidez. Há autores que sugerem, ainda, que as oscilações entre as relações do id e do ego na crise da gravidez provocam as mudanças emocionais.

Segundo Branden (2000) as respostas dos pais à gravidez e nascimento são influenciadas pelos fatores psicológicos, sociais, econômicos e culturais, pelo autoconceito e pelas atitudes pessoais relacionadas com os papéis sexuais e familiares específicos. A assistência de enfermagem fornecida à família, mais especificamente à gestante, tem que levar em conta esses aspectos, por isso torna-se imprescindível obter conhecimentos sobre os costumes e crenças dessa família, para ampliar os dados que ajudem na avaliação da gestante e também individualizar a assistência.

Tendo em vista a interação desses fatores influenciadores na percepção do processo gestacional pela mulher grávida e seus familiares, Maldonado (2000) separa os aspectos psicológicos da gravidez em três trimestres, enfatizando que essa divisão foi feita com objetivo de apresentação mais sistemática, pois nem todos os aspectos são vivenciados por todas as mulheres ou casais e a intensidade com que são sentidos também é variável.

A percepção da gravidez pode ocorrer antes da confirmação pelo exame clínico, quando a mulher “sente”, inconscientemente, as transformações bioquímicas e corporais pelas quais está passando. A partir dessa percepção da gravidez, consciente ou não, que se inicia a formação da relação materno-filial e as modificações na rede de intercomunicação familiar. É quando se instala a vivência básica da gravidez, que vai se manifestar de variadas maneiras no decorrer dos três trimestres e após o parto, a ambivalência afetiva, pois sempre há uma oscilação entre desejar e não desejar aquele filho. Este fenômeno é natural em todos os relacionamentos interpessoais significativos (MALDONADO, 2000).

No primeiro trimestre o feto ainda não é concretamente percebido e as alterações físicas ainda são discretas. Então, as manifestações mais comuns da ambivalência são os sentimentos de dúvida entre estar ou não grávida, mesmo com a confirmação clínica. Também é comum a sensação de que o feto ainda não está suficientemente “preso” no útero, o que leva a inúmeras fantasias de aborto. Outra manifestação do primeiro trimestre é a hipersonia, onde a mulher sente mais necessidade de dormir do que o habitual. Este comportamento é interpretado por alguns autores em termos de regressão e identificação da mulher com o feto. O fator psicogênico pode estar relacionado ainda aos casos de hiperemese gravídica. Maldonado (2000, p. 38) diz que “parece haver um certo grau de concordância acerca da influência dos fatores bioquímicos quando esses sintomas são moderados e da importância etiológica de fatores psicológicos na hiperemese gravídica”. Os desejos e as aversões são outras características particulares da gravidez, para as quais há diversas teorias explicativas. As oscilações de humor e o aumento da sensibilidade e irritabilidade vivenciados nesta fase, devem-se à ampliação do campo da consciência na gravidez, que também poderia acarretar a presença de sintomas psiquiátricos transitórios, como compulsões, ruminações obsessivas e fobias.

O segundo trimestre, considerado o mais estável do ponto de vista emocional, segundo Maldonado (2000), é o momento em que ocorre a percepção dos primeiros movimentos fetais. Com essa percepção, instala-se na mãe os sentimentos de personificação do feto. A interpretação dos movimentos fetais manifesta a ambivalência de várias maneiras: pelo alívio de sentir que o feto está vivo e ansiedade quando não consegue perceber os movimentos, constituindo mais uma etapa da formação da relação materno-filial. O tipo de vínculo que a mulher formará com seu futuro filho é influenciado pelas representações mentais e fantasias que ela faz de si mesma no papel de mãe e do seu futuro bebê. Ainda no segundo trimestre, surgem com maior intensidade as

alterações do desejo e do desempenho sexual, sendo que raramente observa-se o aumento da sexualidade. A maneira como a mulher sente as alterações físicas e, também, a influência dos fatores culturais está relacionada com as alterações da sexualidade. Outras características emocionais das mais peculiares na gravidez, a introversão e a passividade, são atribuídas às mudanças metabólicas e constituem uma etapa fundamental na preparação para o papel de mãe, quando a mulher geralmente sente maior necessidade de afeto, cuidado e proteção.

No terceiro trimestre a ansiedade está aumentada novamente, com a proximidade do parto e da mudança de rotina da vida após a chegada do bebê. Os sentimentos são contraditórios na maioria das vezes. Há a vontade de ter um filho e terminar a gravidez e ao mesmo tempo a vontade de prolongá-la para adiar as adaptações exigidas pela vinda do bebê. Os temores mais comuns na gravidez têm associação com as fantasias que surgem nesse período: medo de morrer no parto, de ficar com a vagina alargada para sempre, de ficar com os órgãos genitais dilacerados pelo parto, de não ter leite suficiente, entre outros (MALDONADO, 2000).

A família e principalmente a gestante podem experimentar uma série de anseios, medos e dúvidas durante essa fase especial de sua vida. É importante que o profissional de saúde esteja atento a essas dúvidas e possa suprimi-las na medida do possível. Também é importante envolver a família nas orientações. As orientações e informações prestadas à gestante e família fornecerão a estas um suporte emocional e maior segurança em relação à gestação, parto e pós-parto.

3.4 GRUPO DE GESTANTES

Segundo Maldonado, Dickestein e Nahoum (2002), os estudos de psicossomática mostram claramente a influência da ansiedade como fator preponderante em inúmeras complicações da fecundação, da gestação, do parto e da amamentação. A assistência que deixa a gestante ansiosa e insegura é nociva. Isso aponta para a necessidade de pensar com mais cuidado na política de saúde e na conscientização das famílias no sentido de buscar modos de assistência mais adequados, dentre eles os grupos de gestantes.

A gravidez é um período marcado por grandes e significativas mudanças. É época de transição; muitas coisas se transformam de maneira irreversível. É o momento em que a mulher e o homem assumem o compromisso de ser responsáveis pela vida e pelo bem-estar de uma nova pessoa que vai nascer; é um período em que ocorrem inúmeras sensações novas, anseios, dúvidas, temores bastante específicos e típicos da gestação, do parto e do pós-parto. Por essa razão, os

grupos de gestantes prestam um atendimento interdisciplinar de prevenção primária, às gestantes e/ou casais grávidos em qualquer período da gravidez (MALDONADO; DICKESTEIN; NAHOUM, 2002).

Os grupos podem ser compostos apenas por mulheres grávidas, embora o ideal seja contar também com a presença dos companheiros ou de outras pessoas significativas para a mulher. Nesses casos, a participação é mais intensa, propiciando uma visão mais ampla da situação. É uma oportunidade de casais e familiares com expectativas semelhantes ou diferentes, em relação à criança que vai nascer, poderem trocar idéias. No grupo, os participantes têm plena liberdade de expressar e compartilhar entre si suas vivências, expectativas, dúvidas e temores. É também oportunidade de formação de laços de amizade e de quebra de tabus, favorecendo a interação entre as gestantes, seus acompanhantes e os profissionais de saúde. Incluem-se exercícios de respiração e relaxamento, informações a respeito do que ocorre na gravidez, no parto e no pós-parto, e sobre o relacionamento entre os pais e bebê, além do atendimento adequado às necessidades físicas e emocionais do bebê e os cuidados com ele ao longo do primeiro ano de vida (MALDONADO; DICKESTEIN; NAHOUM, 2002).

A ênfase principal recai sobre a participação dos membros do grupo, no sentido de discutirem e compartilharem suas vivências, algumas comuns a quase todos os pares. Conforme relata Maldonado, Dickestein e Nahoum (2002, p. 83): “o casal grávido, pelo fato de estar atravessando um período de vida peculiar, tende a sentir-se diferente dos demais”. Muitas mulheres sentem necessidade de conversar sobre suas sensações, expectativas, como imaginam o bebê, o enxoval, a arrumação do quarto, e se decepcionam quando percebem que outras mulheres, não-grávidas, se entusiasma muito pouco com esses assuntos. Num grupo onde todos estão vivendo situações semelhantes, cria-se de imediato um clima de entendimento e compreensão. O que um dos participantes fala sempre tem ressonância em todos os outros.

Os assuntos que serão discutidos em cada sessão jamais são previstos de antemão pelos coordenadores, porque se considera importante que as coisas emergjam espontaneamente a partir das necessidades do grupo. Nessa base, são transmitidas as informações essenciais, de maneira bastante informal, e utilizam-se diagramas, figuras e material impresso, o que facilita a compreensão de fenômenos como os sinais e a evolução do trabalho de parto, os diferentes tipos de parto, analgesia e anestesia, as características do período expulsivo, a involução do corpo no pós-parto, exercícios durante a gestação de preparação dos seios para a amamentação e cuidados

especiais para prevenir os problemas mais comuns durante o período de lactação. Dá-se ênfase especial às necessidades emocionais do bebê e seu atendimento adequado, uma vez que o primeiro ano de vida pode ser considerado como alicerce da saúde emocional (MALDONADO; DICKESTEIN; NAHOUM, 2002).

Uma preparação que englobe o bom atendimento de saúde na gravidez tem como efeitos principais aliviar a ansiedade, superar dúvidas e temores, aumentar a segurança e a autoconfiança em relação ao parto e ao relacionamento com o bebê, permitindo aos pais acolher o filho da melhor maneira possível.

Há diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacando-se as discussões em grupo, atividades lúdicas, demonstrações práticas, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. Essas atividades podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtiva, que ofusca questões subjacentes, na maioria das vezes, mais importantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido (BRASIL, 2000).

A equipe deverá estar preparada para o trabalho educativo. A maioria das questões que emerge em grupos de pré-natal, em geral, relaciona-se aos seguintes temas: importância do pré-natal; sexualidade; orientação higieno-dietética; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; sinais e sintomas do parto; importância do planejamento familiar; informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito; impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério; importância da participação do pai durante a gestação, parto e pós-parto; importância do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança; aleitamento materno; preparo psicológico para as mulheres que têm contra-indicação para o aleitamento materno (portadoras de HIV e cardiopatia grave); importância das consultas puerperais; cuidados com o recém-nascido; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

No transcorrer do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina fomos, pouco a pouco, aprendendo e construindo o cuidar, entendendo que a enfermagem é apostolada, ou seja, cresce, desenvolve-se e atua, focalizando-se no “cuidado” humano. Para isso, precisa estar embasada cientificamente e seguir critérios metodológicos.

Para desenvolver metodologias de assistência foi necessário então compreender as várias faces do processo de cuidar e de que forma a teoria envolve-se e é envolvida durante a atuação de enfermagem.

A palavra CUIDADO, no dicionário, é definida como sendo algo “pensado, previsto; aplicação do espírito a uma coisa; atenção zelosa; encargo; incumbência” (NASCENTES, 1988, p. 177). Cuidado é tão amplo que vai desde o olhar para o lado antes de atravessar a rua, realizar a higiene corporal, passando por cuidados tão complexos como aqueles prestados a pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. Entretanto, a enfermagem, como disciplina e profissão, tem como premissa de atenção, o cuidado profissional. É considerada gestora do ato de cuidar, criando formas de promover e manter a saúde através do cuidado.

O cuidado pode vir da pessoa em seu próprio benefício, ao que Orem (apud FOSTER; JANSSENS, 1993) denomina autocuidado, podendo ser monitorizado ou complementado por outra pessoa, em casos onde o autocuidado é nulo ou dificultado por qualquer razão. Em tais circunstâncias, a atuação primordial da enfermagem passa a ser o apoio e a facilitação, a fim de que os déficits de autocuidado possam ser totalmente compensados, parcialmente compensados, ou recebam um permanente sistema de apoio-educação.

A teoria escolhida por nós para nortear a assistência de enfermagem às gestantes foi a de Dorothea E. Orem, que aborda o processo de assistência de enfermagem, sob a ótica do autocuidado. Para tanto foi indispensável ter uma visão dessa teoria para a formação do marco

conceitual que guiou a nossa prática específica com as gestantes. Concordamos com Castellanos (1989, p. 43) que:

autocuidado é uma abordagem orientada da saúde, numa visão holística. Refere-se a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham pessoalmente em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Alcançar o autocuidado é um processo cujas atividades são aprendidas e que por isso, tem relação direta com as crenças, os hábitos, as práticas culturais e os costumes do grupo ao qual pertence o indivíduo que o pratica.

4.1 CONHECENDO A TEÓRICA

Dorothea Elizabeth Orem nasceu em Baltimore, Maryland, em 1914. Desenvolveu seus estudos profissionais na Escola de Enfermagem do Providence Hospital, em Washington, concluindo o Curso de Enfermagem no início dos anos 30. Ela obteve o grau de Bacharel em Ciências da Educação para a Enfermagem em 1939, sendo que o grau de Mestre em Enfermagem foi obtido em 1945 (FOSTER, JANSSENS, 1993; LEOPARDI, WOSNY, MARTINS, 1999).

Diretora da escola de enfermagem do Hospital da Providência e Diretora do serviço de enfermagem do Hospital de Detroit Orem ocupou ainda inúmeros cargos públicos, sendo assessora de serviços institucionais do conselho de saúde do estado de Indiana (LEOPARDI; WOSNY; MARTINS; 1999). De acordo com Foster e Janssens (1993), em 1958 começou a trabalhar a questão do autocuidado como conceito para a enfermagem, e em 1959 publicou pela primeira vez suas idéias, abordando a enfermagem como provedora e promotora de autocuidado aos indivíduos e grupos.

Em 1965, uniu-se a algumas enfermeiras influentes para formar o “Comitê Modelo de Enfermagem” e em 1968, participou do *Nursing Development Conference Group-NDCG*. A partir de 1970, dedicou-se à sua firma de consultoria, *Orem & Shilds*, em Maryland, e continuou sua publicação, procurando polir os conceitos-chave de sua “Teoria Geral de Enfermagem”, mais conhecida como “Teoria do Autocuidado”, embora esta última nomenclatura tenha sido originalmente proposta por ela como apenas um dos construtos componentes da tríade que forma a “Teoria Geral de Enfermagem”, conforme veremos adiante. Orem recebeu o prêmio de Doutora Honorária em Ciências de Enfermagem, pela *Georgetown University*, em 1976 (FOSTER; JANSSENS, 1993).

4.2 PRESSUPOSTOS BÁSICOS

Segundo Leopardi, Wosny e Martins (1999), e Castellanos (1989), os pressupostos básicos da teoria de Orem, partem do princípio de que as pessoas desejam e podem se tornar aptas ao seu autocuidado, devendo os profissionais de enfermagem assumir essa tarefa quando as pessoas não estão em condições de fazê-lo.

Fundamentalmente as ações de autocuidado são decididas e feitas pela própria pessoa, sendo então a motivação, o ponto de partida do processo. O conhecimento e auto-estima também colaboram, e há ainda outros fatores a serem considerados, como: idade, estágio de desenvolvimento psicomotor, eventos do ciclo vital, sexo, nível de escolaridade, ocupação, condições de saúde, valores e costumes sócio-culturais, acessibilidade aos recursos de assistência à saúde, enfim inclusão social e pessoal à saúde (LEOPARDI; WOSNY; MARTINS; 1999).

A partir de todos esses fatores e características relacionadas ao autocuidado, autores como Leopardi, Wosny e Martins (1999) e Foster e Jansens (1993) abordaram alguns pressupostos ou crenças básicas que foram apresentadas por Orem como sendo baluartes sob os quais a teórica erigiu a sua Teoria Geral de Enfermagem. Apresentamos aqui apenas alguns dos pressupostos que julgamos os mais importantes.

A educação e a cultura influenciam os indivíduos em suas ações de autocuidado.

A Enfermagem é um serviço deliberado, com o propósito de ajudar por um período de tempo.

O autocuidado é a parte da vida necessária à saúde, ao desenvolvimento humano e ao seu bem estar.

O autocuidado inclui ações deliberadas e sistemáticas desempenhadas para tornar conhecidas as necessidades de cuidado.

As pessoas podem ser autoconfiantes e responsáveis por seu próprio autocuidado tanto quanto do cuidado a outros na família que não estão capazes de cuidar de si mesmos.

As pessoas são indivíduos com identidades distintas dos outros e do seu meio ambiental.

As pessoas desejam e são capazes de executar o autocuidado para si mesmas ou para membros dependentes da família.

O autocuidado é aprendido através da interação e comunicação humanas.

O autocuidado contribui para a auto estima e para a auto imagem e é diretamente afetado pelo autoconceito.

O ser humano deve ser compreendido holisticamente.

O ser humano tem direito de exercer a capacidade de tomada de decisão

4.3 IDÉIAS GERAIS SOBRE A TEORIA DE OREM

A teoria de Orem, denominada por ela como “Teoria Geral de Enfermagem”, oferece uma maneira singular de ver o fenômeno de enfermagem. Nela, Orem afirma que as atividades de autocuidado são determinadas pelas necessidades de autocuidado e a capacidade do cliente em executá-las. Quando há desequilíbrio entre a capacidade e a necessidade, constatamos o déficit de autocuidado, e é nesse momento que surgem as possibilidades de ações de enfermagem (FONSECA, 1997). Em síntese, o modelo da teórica mostra que quando as capacidades de autocuidado (AC) de um indivíduo são menores que a demanda de autocuidado terapêutico, o enfermeiro compensa os déficits de AC ou de cuidados dependentes (EBEN et al., 1989).

De modo amplo, a Teoria Geral de Enfermagem sustenta que a condição que valida a existência de uma exigência de enfermagem em um adulto é a ausência da capacidade de manter continuamente a quantidade e a qualidade do autocuidado que são terapêuticas na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão, ou no enfrentamento dos seus efeitos. Nas crianças, a condição é a incapacidade dos pais ou responsáveis em manter continuamente, para a criança, a quantidade e a qualidade do cuidado terapêutico (EBEN et al., 1989).

A Teoria Geral de Enfermagem, segundo Leopardi, Wosny e Martins (1999) e Foster e Jansens (1993), foi decomposta pela autora em três construtos teóricos denominados de:

- Teoria do Autocuidado
- Teoria do Déficit do Autocuidado
- Teoria de Sistemas de Enfermagem

Cada um desses construtos será abordado a seguir, de modo resumido.

4.3.1 Teoria do Autocuidado

A Teoria do Autocuidado é “a prática de cuidados executados pelo indivíduo portador de uma necessidade, para manter-se com vida, saúde e bem-estar” (LEOPARDI; WOSNY; MARTINS, 1999, p. 74). De acordo com Monticelli e Silva (1997), este construto engloba o autocuidado, a atividade ou ausência de autocuidado e ainda a exigência ou demanda terapêutica de autocuidado. Abordaremos cada um desses conceitos quando estivermos descrevendo os principais conceitos usados na teoria de Orem.

Nesta teoria, Orem explica o que ela quer dizer com o autocuidado e com as exigências de autocuidado. São então apresentadas três categorias de requisitos de autocuidado ou exigências de autocuidado, ou ainda, necessidade terapêutica de autocuidado (Orem às vezes confunde o leitor, porque usa esses três termos como sinônimos, de modo intercambiável), sendo estes:

- I. Universais - estão associados a processos de vida e manutenção da integridade e funcionamento da estrutura humana (ar, água, alimento, eliminações, entre outros).
- II. De desenvolvimento - aquelas que o indivíduo precisa adaptar-se a novas situações de vida. São as adaptações a mudanças físicas, o enfrentamento de um novo trabalho ou mesmo uma nova etapa da vida, como nas mudanças advindas com a gravidez (corpo, papel social, econômico, familiar).
- III. De desvio de saúde - é exigido em condições de doença ou ainda em consequência de medidas médicas (diagnóstico, tratamento, dentre outras exigências).

4.3.2 Teoria do Déficit de Autocuidado

Esta constitui a essência da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, uma vez que delineia quando há necessidade da enfermagem. A enfermagem passa a ser importante quando um adulto encontra-se incapacitado ou limitado para promover o autocuidado. As pessoas necessitam da enfermagem porque estão sujeitas a limitações relacionadas à saúde ou delas derivadas, que as torna incapazes de eficientemente ou continuamente, se autocuidarem ou cuidarem de seus dependentes (FOSTER; JANSSENS, 1993).

Este construto é o âmago da Teoria Geral de Enfermagem, porque mostra quando a enfermagem é necessária, ou seja, sempre que a exigência de autocuidado for maior que a capacidade de se autocuidar, então a enfermagem é chamada a intervir e de acordo com Foster e Janssens (1993), vai atuar profissionalmente, ajudando a pessoa através do sistema de enfermagem que melhor se adeque à situação. Neste momento a enfermeira lança mão do terceiro construto componente da Teoria Geral de Enfermagem, apresentada resumidamente a seguir.

4.3.3 Teoria de Sistemas de Enfermagem

Baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades dos pacientes para a execução de atividades de autocuidado, o que determinará o tipo de apoio a ser oferecido pela enfermagem. De acordo com Orem (apud FOSTER; JANSSENS, 1993), os tipos de apoio se traduzem em três sistemas:

- I. Totalmente compensatório: quando o enfermeiro supre os cuidados em sua totalidade, ou quando o paciente precisa de um guia permanente para o autocuidado.
- II. Parcialmente compensatório: quando ambos, enfermeiro e paciente se engajam em cobrir as necessidades de autocuidado.
- III. Sistema de apoio-educação: “nele a pessoa consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna ou externa... o papel do enfermeiro é assim, o de promover o paciente a um agente de autocuidado” (FOSTER; JANSSENS, 1993, p. 95).

4.4 PRINCIPAIS CONCEITOS E SUAS INTER-RELAÇÕES

Os conceitos que compõem a teoria de Orem, bem como as relações entre eles serão apresentadas nesse item, com a intenção de compreender os significados que a autora atribui seja em relação àqueles que são considerados por Eben et al. (1989) como constituindo o “coração” das teorias de enfermagem – como os conceitos de enfermagem, ser humano, saúde-doença e sociedade – seja em relação àqueles que são específicos da sua proposta teórica, como os

conceitos de autocuidado, dentre outros, considerados igualmente indispensáveis para o exercício da prática profissional.

Os conceitos que apresentamos a seguir foram desenvolvidos através da leitura e síntese de vários autores acerca dos conceitos de Orem. Com tais conceitos ela procurou proporcionar fundamentos sobre a humanidade e a sociedade que pudessem direcionar a prática do cuidar em enfermagem, definindo o domínio e as delimitações da profissão em seu exercício.

A fim de facilitar o significado de cada um dos principais conceitos constitutivos da teoria de Orem e também com o intuito de evitar duplicações de informações, optamos por fazer a apresentação da seguinte maneira: nas primeiras linhas após a declaração do conceito, anotamos a definição elaborada pela própria autora, e logo em sequência, a definição que aquele termo tem para nós, fazendo relação então com a prática assistencial que realizamos com as gestantes no Centro de Saúde, promovendo e estimulando o autocuidado. São esses conceitos que deram direção à metodologia utilizada na assistência de enfermagem global a essas gestantes e que será apresentada no próximo capítulo.

Ser humano – O ser humano é um ser agente de autocuidado, é responsável e possui habilidades. “Difere de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmo e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivencia, e de usar criações simbólicas (idéias, palavras) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefícios a si mesmo ou a outro” (FOSTER; JANSSENS, 1993, p.96). O ser humano é um organismo psico-físico-social com poder racional. Na sua existência como ser biológico, responde como objeto e organismo do meio. As ações do ser humano estão intimamente ligadas ao seu meio ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um todo integrado ou sistema.

Orem acredita que os indivíduos possuam potencial para a aprendizagem e a maneira pela qual o indivíduo satisfaz suas necessidades de autocuidado não é instintiva; trata-se de uma habilidade desenvolvida através de aprendizagem, que é sujeita de inúmeros condicionantes internos e externos. Portanto sob a ótica da teoria de Orem, o indivíduo é, sobretudo autônomo e gestor de si.

No presente trabalho os seres humanos focalizados foram as gestantes de baixo risco. Consideramos a gestante, ser humano em processo desenvolvimental de reprodução, um ser

autônomo, protagonista do processo de nascimento, possuindo como qualquer outro ser humano, potencial de aprendizagem para o autocuidado, sendo que este é diretamente influenciado pelo meio socio-econômico-cultural, no qual a gestante está inserida.

É um ser que tem uma vivência singular que precisa ser respeitada. Possui necessidades específicas para o desenvolvimento de ações de autocuidado para manter a vida, a saúde e o bem estar, tanto seu quanto da nova vida que gera, em articulação com sua família, comunidade, serviços de saúde onde busca assistência e com a própria enfermagem que a assiste. Além disso, quando falamos da gestante em sua condição de baixo risco, também estamos nos referindo a uma gestação com ausência de complicações ou intercorrências como já citado. A avaliação de risco não é tarefa fácil, uma vez que o conceito de risco está associado a probabilidades, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicado ou é conhecido. Para implementar as atividades de normatização do controle pré-natal dirigido às gestantes, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) dispõe de um instrumento que permite identificá-las no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que cada uma delas está exposta. Isso permite a orientação e encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez.

Enfermagem – “É um serviço humano, um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que pode ser trocado. Enfermagem é ação voluntária, uma função da inteligência pratica dos enfermeiros, de causar condições humanamente desejadas nas pessoas, e seus ambientes” (FOSTER; JANSSENS, 1993, p.97). A enfermagem presta assistência à pessoa que se sente inabilitada ou impossibilitada de realizar o autocuidado. Enfermagem é arte e tecnologia que tem como principal preocupação a necessidade do indivíduo de se autocuidar e a provisão e a manutenção desse autocuidado de forma contínua, de modo a manter a vida e a saúde, recuperar-se da doença ou dano e enfrentar seus efeitos. O processo interativo entre cliente e enfermeira é considerado a totalidade do fenômeno da enfermagem.

Como serviço, a enfermagem é a maneira de ajudar ao ser humano, facilitada pela efetiva relação interpessoal entre enfermeiros, os pacientes e as pessoas significativas para eles. Como tecnologia, a enfermagem utiliza as informações disponíveis para auxiliar os seres humanos sob seus cuidados, a se autocuidarem.

Considerando-se a especificidade de nosso trabalho com as gestantes, compreendemos que a enfermagem é considerada como um serviço que presta assistência baseada na arte, na

ciência, na ética e nos recursos técnicos inerentes ao exercício profissional. Na assistência às gestantes de baixo risco, as auxilia no enfrentamento das inabilidades temporárias para se autocuidarem, promovendo-as como agentes de seus autocuidados, procurando diminuir a relação entre a exigência ou a necessidade de autocuidado e a capacidade para o autocuidado.

Como tecnologia, a enfermagem utiliza as informações disponíveis na bibliografia e no referencial teórico que embasa a assistência, além daquelas advindas das consultas individuais e grupos de gestantes, para desenvolver em parceria com as gestantes, as etapas constituintes do processo de enfermagem e as discussões coletivas. A enfermagem também oferece, como tecnologia, três “tipos de apoios” que são: totalmente compensatório, parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação, já citados anteriormente.

Saúde-Doença – “Orem apóia a definição da Organização Mundial de Saúde-OMS, como o estado de bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidade ou de doença. Declara que os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são inseparáveis no indivíduo” (FOSTER; JANSSENS, 1993, p. 96).

O indivíduo, em algum momento de seu processo de viver, pode apresentar um desvio de saúde, podendo estar limitado temporariamente ou não para adequar a satisfação dos seus requisitos de autocuidado. Neste momento, é possível identificar a demanda terapêutica de autocuidado, no qual o enfermeiro deve atuar ajudando a pessoa através de um sistema de enfermagem que melhor se adeque à situação e em comum acordo com o indivíduo.

A saúde no processo de gestar, assim como saúde do indivíduo em geral, é um estado de bem estar mental, físico e social. A assistência à saúde da gestante deve levar em conta estes e outros aspectos, visando à manutenção da saúde, através de práticas de autocuidado. Ciente também de que déficits de saúde nas gestantes, potencialmente, são fatores de risco ao seu conceito.

Sociedade – comunidade ou grupo de pessoas que compartilham, não somente uma área geográfica e um meio comum, mas também de um interesse comum, nas instituições que governam e regulam seus modos de vida. Sociedades especificam as condições que as tornam legítimas para seus membros.

A gestação, longe de se constituir em um processo puramente biológico, circunscreve-se em um esquema amplo de representações, cujo sistema de códigos, articulado e estruturado ideologicamente, apresenta-se indissociável das concepções correntes de maternidade, paternidade, mulher, criança, homem e família. Isto implica que suas representações, sendo cultural e socialmente determinadas, estão permeadas por crenças, costumes, valores e tradições que caracterizam a sociedade, comunidade, a qual a mulher está inserida. Em diálogo com os pares (outras gestantes) e com a enfermagem e outros profissionais, a mulher gestante pode ter a oportunidade de refletir sobre os fatores que afetam a relação entre as exigências de autocuidado e a capacidade ou habilidade para se autocuidar.

Autocuidado – é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano (OREM apud FOSTER; JANSSENS, 1993).

Para a gestante, o autocuidado não implica somente em manutenção da sua vida, saúde e bem-estar, mas também na da vida que gera, pois ela também é responsável pela integridade e desenvolvimento do novo ser.

Necessidade, Requisito ou Exigência de Autocuidado – são aqueles elementos que, em relação à habilidade para enfrentá-los, levarão ao diagnóstico de enfermagem. “É a declaração da enfermeira acerca das expressões de necessidade do paciente, à luz do seu poder de AC, e que serve de ponto de partida para estabelecimento de prioridades de ações de AC” (CASTELLANOS, 1989, p.53).

A gestante possui as necessidades universais inerentes a todo ser humano. Nela estão aumentadas as necessidades desenvolvimentais, pois passa por um período de grandes transformações no seu corpo, no seu papel social, econômico e familiar. E quando a gestante apresenta intercorrências em sua gravidez, poderá apresentar também necessidades de desvio de saúde.

Déficit de autocuidado – é uma relação entre a demanda ou habilidade para o autocuidado e o requisito ou necessidade de autocuidado terapêutico, onde a primeira não está adequada para atender a segunda (DUPAS et al., 1994).

Na assistência à gestante, essa relação é observada e investigada. No caso de déficit de autocuidado, situação em que a gestante necessita de auxílio no desenvolvimento das atividades fundamentais para a manutenção de sua saúde, a enfermagem atua por meio dos sistemas de enfermagem, visando o suprimento da necessidade terapêutica de autocuidado. Todas essas decisões são tomadas em colaboração com a mulher gestante e com as pessoas que lhe são significativas.

5 METODOLOGIA

Sendo a metodologia o estabelecimento de “como” colocar em prática a proposta assistencial, acreditamos que alguns itens são imprescindíveis de serem abordados neste capítulo. Deste modo, passamos a descrever uma noção geral do local escolhido para o desenvolvimento da prática assistencial, algumas das características da população alvo, bem como sua contextualização social. Abordaremos também a assistência de enfermagem que foi proposta para ser colocada em prática com as gestantes do Posto de Saúde da Pinheira, enquanto ainda delineávamos o projeto assistencial. De modo similar, para finalizar o capítulo, falaremos brevemente sobre as estratégias utilizadas para atingir os objetivos propostos no projeto. A descrição, interpretação e o alcance de cada um desses objetivos serão relatados no próximo capítulo.

5.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL E DO CONTEXTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

O projeto proposto foi colocado em prática no Centro de Saúde I da Praia da Pinheira, no município de Palhoça. Este centro foi inaugurado em 16 de dezembro de 1999, sendo que antes, a população era atendida na sede da colônia de pescadores denominada Z-15, que contava com o atendimento de um clínico geral, um dentista e uma auxiliar de enfermagem.

Em dezembro de 1999, ao ser inaugurado o novo Centro de Saúde, a sede passou a localizar-se na rua Olga da Silva Silveira s/n, sendo composta por uma sala de curativos, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de triagem, uma de nebulização, uma cozinha e três banheiros gerais, mantendo esta estrutura até abril de 2003, quando foi ampliado. Hoje conta com um consultório de enfermagem com banheiro, um consultório médico, um

consultório odontológico, uma sala de reuniões, uma cozinha, um depósito, uma sala de vacina, uma sala de curativo, três banheiros (sendo um deles com chuveiro), uma sala de triagem e nebulização e uma farmácia básica (anexo 1).

Até outubro de 2001 a equipe era composta por um médico atendendo somente uma vez na semana durante o período matutino, um odontólogo que atendia duas vezes na semana, uma auxiliar e uma técnica de enfermagem, além da coordenadora do Centro de Saúde que é auxiliar de enfermagem. Com o início do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) em setembro de 2001, foi feita a contratação de uma enfermeira com carga horária de 30 horas semanais, em dezembro de 2001 foi contratado um médico com carga de 20 horas semanais. Foram contratados ainda dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que se reúnem com frequência quinzenal no centro de saúde.

Em maio de 2002 foi instalada a primeira Equipe de Saúde da Família (ESF), formada por uma enfermeira, um médico generalista, três profissionais de enfermagem de nível médio e dez ACS, todos com carga horária de 40 horas semanais; em fevereiro de 2003, aderiram a ESF uma odontóloga e uma auxiliar de consultório odontológico. Hoje fazem parte da equipe profissional atuante no Centro de Saúde: duas técnicas de enfermagem, duas auxiliares de enfermagem (sendo que uma delas é coordenadora da unidade), duas auxiliares de serviços gerais (ASG), uma enfermeira, uma auxiliar de consultório odontológico, uma odontóloga e um médico generalista, totalizando dez pessoas.

A área de abrangência do CS, atendida pela ESF, compreende 10 microáreas, denominadas: 1 – Pinheira (onde está localizado o CS); 2 – Praia de Cima; 3 – Pinheira (Gueto, Praia de Baixo); 4 – Cumbatá (próximo ao posto de gasolina); 5 – Guarda do Embaú; 6 – Pinheira (Sul); 7 – Divisa com Passagem do Maciambú (até o Hotel do Espanhol); 8 – Morretes; 9 – Três Barras e Sertão do Campo (divisa com Paulo Lopes); 10 – Albardão. Para um melhor entendimento da localização do campo de estágio, foi colocado em anexo um mapa que delimita a área de abrangência, assim como fornece uma breve territorialização do Centro de Saúde I da Praia da Pinheira (anexo 2).

O horário de atendimento do CS é das 08:00 às 12:00h e das 13:00 às 17:00h, de segunda a sexta-feira. As consultas realizadas pela enfermeira possuem agenda aberta sob livre demanda, sendo que as de pré-natal têm agendamento automático. As consultas médicas gerais são agendadas somente nas sextas-feiras, a partir das 13:00h (60 vagas/semana), sendo que o

atendimento se dá no período de funcionamento do CS. As consultas médicas de pré-natal também são agendadas automaticamente. O atendimento odontológico é agendado na primeira segunda-feira de cada mês, oferecendo em média 200 vagas/mês. As microáreas mais distantes do CS (5, 7, 8, 9 e 10) podem agendar as consultas por telefone.

Além do PSF, o CS I da Pinheira dispõe também dos seguintes programas:

- HIPER/DIA: atendimento a hipertensos e diabéticos cadastrados, de todas as faixas etárias, embora o Ministério da Saúde preconize o cadastramento apenas de pessoas acima de 60 anos. Ainda não acontecem reuniões ou grupos de diabéticos e hipertensos devido a falta de estrutura física adequada, pois há atualmente 121 diabéticos e 277 hipertensos cadastrados.
- Planejamento Familiar: é implementado através de consulta individual, dispondo de métodos contraceptivos, como DIU, diafragma, preservativo, anticoncepcional oral, entre outros.
- SIS Colo: realização de exames preventivos de câncer de colo uterino.
- SIS Pré-Natal: acompanhamento pré-natal às gestantes, desde a descoberta da gravidez até o termo da mesma, incluindo a consulta puerperal e exames de rotina.
- Tuberculose e Hanseníase: tendo apenas uma pessoa cadastrada no programa de hanseníase.
- DST/AIDS: orientação e aconselhamento acontecem no CS I Pinheira, sendo que apenas a coleta para exame sorológico é realizada no centro de referência deste programa no município, que é o CS II Ponte do Imaruim.

Escolhemos a comunidade da Praia da Pinheira e seu Centro de Saúde pelo fato de poder inserir um projeto assistencial numa comunidade em que acadêmicos de enfermagem não haviam ainda desenvolvido algum projeto, levando com isso a uma troca de experiências que foi enriquecedora para ambas as partes, além de uma maior aproximação da universidade com comunidades mais distantes. Além disso, o acolhimento feito pela enfermeira do CS, bem como a maneira como nos recebeu e estimulou a participação, foram motivações importantes para que optássemos por este local.

Segundo informações da enfermeira supervisora, o Centro de Saúde I da Praia da Pinheira, por meio de sua ESF, atende a uma população de 1.201 famílias e possui, atualmente, 19 gestantes cadastradas. A gestante recebe, através do cadastro no CS, acompanhamento pré-natal, por meio de consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares e a possibilidade de participação em grupos de gestantes. Em novembro de 2002, com 24 gestantes cadastradas, houve a tentativa de estruturação do grupo de gestantes, sendo realizado um encontro com

comparecimento de 8 gestantes. Porém, o encontro subsequente, que se daria em dezembro, não aconteceu devido à época de temporada. Com o desenvolvimento do nosso projeto, os encontros voltaram a acontecer e há o intuito, por parte da equipe de saúde, de que continuem acontecendo.

A gestante também tem atendimento odontológico garantido. Segundo o depoimento da coordenadora do CS, quando alguma destas gestantes, por qualquer motivo, se encontre impossibilitada de comparecer ao CS, o agente comunitário entra em contato com a cliente e, quando necessário, é feita a visita domiciliar pela enfermeira ou pelo médico, porém a demanda de visitas é maior que a possibilidade de assistência da equipe. Tanto que a enfermeira afirma: “sabemos que o preconizado pelo Ministério da Saúde é até 1.000 famílias por equipe, e por isto uma de nossas reivindicações é outra equipe. É importante acrescentar que desde maio deste ano contamos com um Conselho Local de Saúde que é o único da Palhoça. Este Conselho é formado pela ESF, e conta com a população nos ajudando, seja em reuniões mensais para discussão dos problemas, ou na busca de soluções em conjunto”.

As gestantes residentes nesta comunidade, como a maioria das mulheres, têm suas vidas ligadas à questão do turismo de veraneio. Durante a temporada turística, geralmente saem de suas casas e as alugam, mudando-se temporariamente para casas menores em seu próprio terreno, ou para comunidades próximas em casas de parentes, fator que pode interferir no acompanhamento pré-natal de modo contínuo e sistemático.

O acompanhamento pré-natal no CS se dá conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo as consultas intercaladas entre médica e de enfermagem, porém, a gestante tem o direito de escolher com qual profissional agendará o retorno. A frequência das consultas pré-natal segue o esquema: até a trigésima segunda semana gestacional, de quatro em quatro semanas; entre a trigésima segunda e trigésima oitava, de três em três semanas; e no último mês de gravidez, semanal.

Todos os exames relacionados ao pré-natal podem ser solicitados tanto pelo médico, quanto pela enfermeira através de um protocolo de autorização de ordem municipal. Os exames laboratoriais de rotina, como hemograma, glicemia, tipagem sanguínea e fator Rh, parcial de urina, VDRL e parasitológico de fezes, são realizados no CS II Central Palhoça, uma vez que neste local, a gestante já realiza acompanhamento com a vigilância epidemiológica, onde são efetivados os exames de ordem imunológica, como o anti-Hbs, rubéola, toxoplasmose e citomegalovírus (o resultado destes são encaminhados, via malote, diretamente ao CS Pinheira).

A ultrassonografia é agendada via central de marcação, e geralmente realizada no município de Florianópolis.

Quando diagnosticada uma gravidez de alto risco, a gestante é encaminhada à Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis), onde é acompanhada em todo o período gestacional. A grande maioria das gestantes da comunidade, quando em trabalho de parto, encaminham-se ao Hospital Regional de São José, que apesar da distância (aproximadamente 40 km), é a maternidade mais próxima, pois o município de Palhoça não dispõe de hospital ou maternidade.

5.2 POPULAÇÃO ALVO

A população que fez parte de nosso projeto assistencial foi constituída por mulheres gestantes que fazem parte da área de abrangência do CS da Praia da Pinheira. Algumas mulheres já estavam participando das atividades do CS (em consultas médicas, de enfermagem ou odontológicas) e outras iniciaram a assistência pré-natal após o começo do nosso estágio.

Não foi realizada qualquer estimativa numérica de participação, e os critérios também não foram rigidamente observados, uma vez que a flexibilidade desses critérios é que guiaram as atividades com as mulheres. Todas as captações para participação das mulheres em nosso trabalho assistencial foram acordadas com a enfermeira da unidade, já que nossa prática assistencial não seria perene, devendo a enfermeira assumir a assistência de enfermagem quando de nossa saída do campo.

Alguns dos critérios observados foram os seguintes: serem gestantes de baixo risco e terem o desejo espontâneo de aderirem ao processo assistencial, seja nas consultas de enfermagem individualizadas, ou no grupo de gestantes que foi instalado. As pessoas consideradas significativas para as gestantes foram convidadas a participar das consultas e do grupo.

5.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PROJETADA PARA SER COLOCADA EM PRÁTICA COM AS GESTANTES

O modelo assistencial proposto por Orem foi o norteador da atuação da enfermagem na promoção do autocuidado às gestantes. Mendes et al. (apud FONSECA, 1988) afirmam que um processo assistencial de enfermagem é sempre um processo interpessoal entre o enfermeiro e a clientela que observam e comunicam entre si pensamentos, sentimentos e atitudes. O objetivo da enfermagem nesta interação reside em conhecer o ser humano sob seus cuidados, identificar e ajudar a satisfazer as necessidades do mesmo e assim contribuir positivamente para uma vida mais saudável.

Os enfrentamentos inerentes ao evento gestacional, bem como a compreensão das modificações no organismo da mulher, os cuidados com o neonato, as transformações sociais, dúvidas e medos, tornaram-se o foco do processo interpessoal enfermeiro/cliente desta prática assistencial. Utilizando a abordagem teórica de Orem, a metodologia assistencial proporcionou a coleta de informações da gestante sob nossos cuidados, a determinação do déficit de autocuidado, o planejamento e implementação das ações para diminuir estes déficits, bem como a avaliação contínua dos sucessos obtidos com as atividades que foram planejadas e colocadas em prática pelo enfermeiro e pela gestante.

O processo de cuidados de enfermagem, portanto, constitui-se no “instrumento”, ou seja, na metodologia da enfermagem, que nos auxiliou a tomar decisões, bem como a prever e a avaliar conseqüências. Sabemos que para a utilização proveitosa do processo de enfermagem, um profissional necessita da aplicação dos conceitos e teorias de enfermagem, das ciências biológicas, físicas e comportamentais e das ciências humanas, levando em consideração fatores socio-econômico-culturais, para que ofereça um fundamento racional na tomada de decisões, julgamentos, relações interpessoais e ações (STANTON; PAUL; REEVES, 1993).

O cuidado de enfermagem dentro da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem, se faz de forma complementar ao cuidado que a pessoa dispõe sobre si, seja este com fim curativo ou preventivo. O cuidado de enfermagem, embora complementar ao autocuidado, deve ter embasamento científico obedecendo a uma metodologia para sua validação e retroalimentação.

De acordo com os autores que consultamos para estudar a abordagem de Orem, a mesma indicou formalmente um processo de enfermagem que é constituído de três fases bastante

abrangentes, assim caracterizadas: 1ª fase (denominada de “Diagnóstico e Prescrição”), onde o enfermeiro coleta os dados relacionados ao autocuidado universal, desenvolvimental e de desvios de saúde, analisa e interpreta esses dados e estabelece então um julgamento sobre o déficit de autocuidado apresentado pelo cliente. Na 2ª fase (denominada de “Elaboração de um Sistema de Enfermagem e Plano para Execução do Atendimento”), o enfermeiro planeja os cuidados a serem implementados a partir da Teoria de Sistemas de Enfermagem e coordena sua implementação, com a participação ativa do cliente. Na 3ª fase (denominada de “Produção e Gerenciamento de Sistemas de Enfermagem”), o enfermeiro procede então à avaliação ou evolução da assistência propriamente dita (FOSTER, JANSENS, 1993; LEOPARDI, WOSNY, MARTINS, 1999).

Embora entendamos que Orem tenha realizado uma junção de algumas etapas do método científico, acreditamos que para nossos propósitos, foi mais indicado propor o desenvolvimento do processo de enfermagem contemplando um número maior de fases ou etapas. Dessa maneira, houve menor possibilidade de “esquecermos” alguma etapa durante a prática assistencial com as gestantes. Assim, baseadas nos autores consultados, mas também inserindo nossa criatividade no planejamento da assistência, projetamos quatro fases para o desenvolvimento do processo de enfermagem, que será apresentado a seguir. Para efeitos de compreensão didática, dividiremos a apresentação em dois sub-itens: a consulta de enfermagem (onde realizamos o processo de enfermagem individual com cada uma das gestantes) e, a seguir, o grupo de gestantes (onde abordamos, em linhas gerais, como foi desenvolvido na prática, considerando então a perspectiva coletiva da assistência no pré-natal). Salientamos novamente que o aprofundamento dessas discussões será feito posteriormente.

5.3.1 A consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem que desenvolvemos neste projeto assistencial foi colocada em prática da seguinte forma: primeiramente cada acadêmica acompanhou uma consulta desenvolvida pela enfermeira supervisora, com o devido consentimento verbal da gestante. Acompanhar esta consulta teve por objetivo conhecer o método utilizado pela enfermeira, durante a realização da assistência e iniciarmos os primeiros movimentos interativos com as mulheres gestantes.

Após cada uma das acadêmicas acompanhar uma consulta com a enfermeira, obtivemos consentimento da gestante para realizarmos em dupla ou em trio a consulta seguinte. Esta foi operacionalizada de forma que uma acadêmica conduziu (executou) a consulta, enquanto as outras fizeram os registros e acompanharam a consulta. Nosso objetivo foi que cada uma das acadêmicas executasse e registrasse pelo menos duas consultas.

A consulta de enfermagem individualizada à gestante foi desenvolvida contemplando quatro etapas.

1ª etapa – Coleta de Dados

Nesta fase foram coletados todos os dados necessários ao posterior estabelecimento dos déficits de autocuidado apresentados pela gestante. Tais dados foram baseados nas necessidades de autocuidado universal, necessidade de autocuidado desenvolvimental e nas necessidades de autocuidado relacionados com o desvio de saúde (estas últimas foram buscadas em caso de intercorrência médica durante o pré-natal). Foram coletados por meio de entrevista com a gestante no consultório e também por meio do exame físico obstétrico, tendo como base o instrumento indicado no apêndice 1, sendo que nomes reais e demais dados que pudessem identificar as gestantes foram trocados por codinomes.

2ª etapa – Diagnóstico de Enfermagem

Nesta etapa, após analisarem-se sistematicamente os dados coletados, foram então definidos os deficits de autocuidado relacionados a cada uma das necessidades apontadas anteriormente. Estes déficits são provenientes da relação entre a exigência ou necessidade de autocuidado, e a demanda/habilidade/capacidade para se autocuidar. Assim, por exemplo, prevíamos que, caso houvesse uma necessidade de ingestão de 2 litros de água por dia, mas a gestante relatasse que ingeria uma quantidade menor de líquido/dia, o diagnóstico de enfermagem (ou o déficit de autocuidado) poderia ser: “deficiência de ingestão hídrica”. Os diagnósticos de enfermagem foram registrados conforme instrumento apontado no apêndice 2 e numerados, sendo que um diagnóstico novo não ocupou a numeração de outro antigo. A cada nova folha de diagnóstico foi registrado a “evolução” dos diagnósticos previamente estabelecidos. Para tanto, estabelecemos terminologias (déficit mantido, desenvolvimento para o autocuidado em andamento ou déficit potencialmente sanado), de acordo com cada situação. Os diagnósticos novos foram sublinhados.

3ª etapa – Plano de Implementação de ações promotoras de autocuidado.

Após a definição de cada diagnóstico foi então elaborado o plano de enfermagem para cada situação, estabelecendo-se as metas, as ações de enfermagem e os objetivos que foram traçados junto à gestante. As metas, de acordo com Orem (apud FOSTER; JANSENS, 1993) são direcionadas pela declaração daquilo que se pretende alcançar no futuro (próximo ou distante) e têm seu foco na saúde. As ações de enfermagem são ligadas a assistência propriamente dita dada pelo enfermeiro. Os objetivos, por sua vez, estão ligados às metas, mas a diferença está em que esses últimos são escritos em termos operacionais, colocando a gestante como ser ativo de seu autocuidado. Assim, dando seqüência ao diagnóstico exemplificado na etapa anterior, se uma meta fosse: “diminuir risco de desidratação corporal”, os objetivos poderiam ser: a) a gestante referirá que está ingerindo ao menos 2 litros de água/dia; b) a gestante perguntará se pode substituir água por outras substâncias como chás, sucos, etc.; c) a gestante demonstrará bom turgor cutâneo, dentre outros.

Cada uma das metas e objetivos seguiu o traçado do sistema de enfermagem que melhor se apresentou como sistema adequado de ajuda, escolhido dentre os três apontados por Orem: totalmente compensatório parcialmente compensatório ou de apoio-educação. O registro desta fase foi realizado conforme apêndice 3.

4ª etapa – Evolução de Enfermagem

Depois de coletar dados, diagnosticar os déficits de autocuidado e traçar um plano de implementação de ações promotoras de autocuidado, o último passo teve por finalidade a avaliação, ou seja, a evolução de enfermagem, que consistiu na avaliação e validação da metas e objetivos propostos, como também permitiu verificar se os diagnósticos estabelecidos (através da avaliação dos déficits de autocuidado) foram levantados corretamente. A evolução também permitiu determinar a resposta da gestante às ações de enfermagem e avaliar a capacidade de autocuidado da mesma. A evolução determinava então se os déficits de autocuidado foram compensados e reatualizava o sistema de enfermagem (parcialmente compensatório e/ou sistema apoio-educação).

Seguindo o exemplo do déficit de ingesta hídrica, este é o momento em que se confrontavam as metas (objetivos que haviam sido traçados) com as ações reais de autocuidado. Consistia em analisar se estava havendo aumento da ingesta hídrica, avaliando facilitadores e dificultadores na execução do plano anteriormente proposto. Verificávamos se a gestante tinha

aumentado sua ingesta hídrica, de que forma ela o fez e conseqüências desse autocuidado. A evolução no processo de enfermagem tornou-se fundamental para o processo de avaliação, não só da ação, mas da atuação profissional, retroalimentando o sistema de enfermagem em todos os prismas: do cliente, da saúde (como ação de autocuidado) e no âmbito da atuação profissional da enfermagem. Por uma questão estética e funcional optamos por realizar o registro da evolução em um novo item chamado Evolução de Enfermagem, conforme apêndice 4. Ainda inserimos os novos dados (frutos das consultas subsequentes) neste item e a partir destes dados foram sendo registrados os diagnósticos que ainda permaneciam, incluídos os novos e assim sucessivamente no que diz respeito ao plano de cuidados.

De modo geral, estes se constituíram em passos importantes da metodologia na prática assistencial. À medida que nos habituamos ao processo, ficaram cada vez mais inter-relacionados os elos entre a proposta teórica de Dorothea E. Orem e a proposta assistencial com gestantes, já que o autocuidado considera a pessoa autônoma para cuidar de si, e em nossa prática assistencial buscamos usar uma metodologia participativa, conforme já frisado anteriormente, considerando a mulher sujeito ativo e responsável no processo do nascimento.

Acreditamos que esta nossa proposta assistencial apresentou consonância com os pressupostos gerais do Programa Governamental de Humanização da Assistência, já que buscou vislumbrar a mulher como sujeito ativo: “escutar uma gestante é algo mobilizador... abrir mão dos papéis predeterminados socialmente, reaprender a fala popular, aproximar-se de cada sujeito respeitando sua singularidade e não perdendo de vista seu contexto familiar e social” (BRASIL, 2000, p. 1).

Descreveremos a seguir sobre o grupo de gestantes, uma vez que as ações nele desenvolvidas deram seqüência à nossa proposta assistencial com a coletividade de mulheres grávidas que desejaram participar. Essa descrição, entretanto, será relativa apenas ao modo como planejamos a estruturação e desenvolvimento metodológico dos encontros (ou seja, antes de ir ao campo), já que o relato pormenorizado será abordado no capítulo subsequente.

5.3.2 O grupo de gestantes

O grupo de gestantes fez parte da assistência de enfermagem por nós realizada como instrumento de ensino do autocuidado. Os encontros foram estruturados de modo participativo,

através de oficinas, onde juntamente com as gestantes e a equipe profissional do CS, foram definidos os temas a serem abordados.

Realizamos, ao todo, quatro encontros de gestantes. Operacionalizamos o primeiro, na primeira quinzena da prática assistencial. O segundo encontro ficou marcado para dali a 15 dias, porém, devido ao mau tempo, houve o comparecimento de apenas uma gestante. Devido a esse fato, as acadêmicas acharam por bem remarcar o encontro (terceiro) para a semana seguinte e abordar o mesmo tema. O último encontro foi realizado 15 dias após o terceiro. Captamos as gestantes através de consultas e visitas domiciliares. Verificamos as gestantes agendadas e, durante a consulta ou posteriormente, durante as visitas, fazíamos os convites. Contamos com a equipe do CS, e principalmente com os agentes comunitários para ajudar a promover os encontros.

Quando estávamos ainda na fase de planejamento da prática assistencial, a cada encontro do grupo, pretendíamos distribuir para as gestantes materiais informativos conforme o tema escolhido na reunião anterior, em forma de cartilha ou folder, que abordaria o tema desenvolvido naquele dia. Esse material teria como objetivo servir de suporte acessível e de fácil entendimento para as gestantes e seus familiares sanarem suas eventuais dúvidas. Planejamos também que cada encontro seria estruturado em três fases: acolhimento, desenvolvimento e despedida. Durante a fase de acolhimento iríamos expor os objetivos do grupo de gestantes, do projeto assistencial e nos apresentariamos, buscando estreitar laços de confiança entre gestantes, equipe profissional e acadêmicas. O desenvolvimento consistiria no corpo ou cerne do encontro, onde seriam abordados assuntos pertinentes ao grupo, como temas centrais na gravidez, parto, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno e cuidados com as mamas, entre outros. Também seria o espaço onde ocorreriam questionamentos e planejamento do tema do próximo encontro. Na despedida pretendíamos realizar uma avaliação do encontro, procurando programar o próximo em conjunto, e também desenvolver uma dinâmica de grupo para proporcionar um momento de descontração e confraternização.

Os encontros, a princípio, ocorreriam em uma sala de reuniões improvisada no CS I Pinheira. O primeiro encontro seria construído em forma de oficina, com a presença dos profissionais do CS que desejassem participar, e em conjunto com eles conduziríamos as reuniões. Em síntese, tivemos a oportunidade de colocar em prática todas essas estratégias. Tanto os encontros do grupo de gestantes, quanto as consultas realizadas, as visitas domiciliares e ainda

outras atividades realizadas no campo durante todo o estágio foram registrados em diário de campo pelas acadêmicas, para que servisse como fonte de dados para o posterior relato.

5.4 PLANO DE AÇÃO GLOBAL EM RELAÇÃO AOS OBJETIVOS PROPOSTOS

Descreveremos a seguir algumas estratégias que planejamos utilizar ainda na etapa de planejamento deste trabalho, a fim de alcançarmos os objetivos nele propostos. A avaliação de tais estratégias e objetivos específicos serão abordados com profundidade no próximo capítulo.

Objetivo 1: Realizar consulta pré-natal às gestantes, estimulando o autocuidado, identificando os déficits do mesmo, traçando planos de assistência em enfermagem, implementando esses planos e avaliando os resultados.

Estratégias para alcance do objetivo:

- Interagir com as gestantes, buscando conhecê-las, nos deixar conhecer e apresentar nossa proposta.
- Acompanhar inicialmente as consultas de enfermagem realizadas pela enfermeira supervisora.
- Solicitar consentimento às gestantes para participar da assistência de enfermagem no acompanhamento pré-natal.
- Desenvolver consultas de pré-natal, seguindo todas as etapas do processo de enfermagem.
- Formalizar o agendamento das consultas, intercaladas com as consultas médicas, e manter atualizado o cadastramento das gestantes.
- Realizar visitas domiciliares sempre que houver necessidade, seja para aprofundar a coleta de dados ou para compreender melhor os déficits de autocuidado e avaliar a assistência prestada.

Critérios para o seu alcance:

O objetivo seria alcançado se as acadêmicas:

- Estabelecessem interação com as gestantes, construindo uma base de confiança mútua.
- Acompanhassem no mínimo uma consulta de enfermagem realizada pela enfermeira.

- Obtivessem consentimento informado para a realização das consultas.
- Realizassem no mínimo duas consultas de enfermagem pré-natal, por acadêmica (seis consultas no total), aplicando o processo de enfermagem proposto.

Objetivo 2: Participar e contribuir nos trabalhos desenvolvidos pela equipe multiprofissional do CS, no atendimento às gestantes e na estruturação e planejamento dos encontros do grupo de gestantes.

Estratégias para alcance do objetivo:

- Buscar o estabelecimento de uma relação cordial e cooperativa com toda a equipe do CS.
- Levantar os objetivos pessoais de cada profissional com relação a sua atuação no grupo de gestantes.
- Realizar reuniões multiprofissionais confrontando os objetivos pessoais em prol do estabelecimento de um objetivo comum, visando uma atuação conjunta no planejamento das reuniões.
- Realizar visitas domiciliares ou a organizações comunitárias convidando as gestantes a constituírem uma rede de apoio em grupo, tendo por sede o Centro de Saúde.
- Realizar outros cuidados referentes à saúde da mulher.

Critérios para o seu alcance:

O objetivo seria alcançado se as acadêmicas:

- Estabelecessem uma interação com a equipe multiprofissional do CS.
- Participassem e contribuíssem com os trabalhos relacionados aos encontros do grupo de gestantes.
- Desenvolvessem reuniões multiprofissionais visando discutir, preparar e planejar o grupo de gestantes.

Objetivo 3: Preparar as gestantes para a maternidade, através do grupo de gestantes, dialogando sobre a gestação e outros assuntos pertinentes a esse período.

Estratégias para alcance do objetivo:

- Desenvolver atitudes de aproximação com as gestantes, promovendo troca de experiências e conhecimentos.
- Estimular a participação das gestantes para que exponham suas dúvidas e questões que considerem de maior relevância.
- Levantar os temas que as gestantes considerem relevantes para discutirem no grupo.
- Utilizar recursos audiovisuais e metodologias participativas para desenvolvimento do conteúdo de cada encontro.
- Elaborar material educativo sobre assuntos que forem de interesse do grupo.

Critérios para o seu alcance:

O objetivo seria alcançado se as acadêmicas:

- Instalassem um grupo de gestantes.
- Estabelecessem uma relação de confiança com as gestantes e fornecessem suporte no processo desenvolvimental da maternidade.
- Fornecessem material educativo que serviria para as gestantes como fonte de consultas individuais e discussões no grupo.

Objetivo 4: Buscar fundamentação teórica contínua sobre aspectos relacionados ao universo do gestar e sua contextualização no SUS e na “Teoria Geral de Enfermagem” de Dorothea E. Orem.

Estratégias para alcance do objetivo:

- Realizar revisão de literatura contínua e consistente para fornecer suporte teórico e técnico à prática assistencial.
- Promover um intercâmbio de experiências e informações com a equipe de profissionais do Centro de Saúde.

Critérios para o seu alcance:

O objetivo seria alcançado se as acadêmicas:

- Adquirissem conhecimentos amplos sobre o período pré-natal, aumentando a quantidade de informações relatadas na revisão da literatura.

- Trocassem experiências com a equipe que lhes fornecesse suporte para sua futura atuação profissional.

Ao implementar este plano de ação global, foi fundamental um amparo ético na atuação junto às gestantes, familiares e equipe profissional do CS. Baseados em preceitos éticos que julgamos de maior relevância, mantivemos relações de respeito e confiança, protegendo e garantindo os direitos das pessoas envolvidas nesse projeto assistencial. Sendo norteadas por esta conduta ética, solicitamos a autorização da Secretaria de Saúde do município de Palhoça para podermos desenvolver tal prática no Centro de Saúde I da Praia da Pinheira.

Durante o estágio, elucidamos às gestantes, familiares e equipe profissional sobre o propósito desse projeto assistencial. Para realização de assistência pré-natal pelas acadêmicas, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Informado à(s) gestante(s) para obter suas autorizações (apêndice 5), garantindo a confidencialidade das informações fornecidas por elas e seus familiares durante os encontros. Para tanto, utilizamos nomes fictícios na identificação dos participantes no relatório final. Também solicitamos autorização escrita das gestantes, seus familiares e equipe de saúde (apêndice 6), para que pudéssemos fotografar em eventuais situações para ilustrar o relatório, para construção de pôster ou outro material a ser apresentado em eventos.

O planejamento e execução das atividades foram feitos em conjunto com as gestantes, seus familiares e equipe do CS, mantendo durante todo o processo, o respeito à vida e à dignidade humana, como também o direito de escolha de todos os envolvidos na prática assistencial.

6 O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Mesmo antes de iniciarmos o desenvolvimento da prática assistencial, fizemos algumas visitas ao local, procurando nos ambientar com as pessoas e com a geografia do lugar, bem como avaliar a viabilidade do nosso projeto na comunidade da Pinheira. Desde os nossos primeiros passos nessa região, nos sentimos muito bem recebidas – poderíamos até dizer acolhidas – tanto pela equipe multiprofissional do CS, quanto pelos usuários e demais membros da comunidade. Sem dúvida, esse sentimento foi fundamental para desenvolvermos a segurança requerida por todo “iniciante” e perseguirmos, de modo constante e progressivo, uma relação de confiança com as pessoas que buscavam a instituição de saúde naquela localidade.

Em maio de 2003, quando já havíamos decidido que faríamos estágio no CS I da Praia da Pinheira, realizamos a primeira visita ao campo de estágio. Agendamos previamente com a enfermeira supervisora um dia, para que pudesse nos mostrar o CS e discutir alguns detalhes do estágio.

Como não conhecíamos a Praia da Pinheira, ficamos admiradas com a beleza natural do local, as paisagens e a hospitalidade da comunidade, o que colaborou com o nosso entusiasmo em realizar a prática assistencial. Ao chegarmos no CS fomos apresentadas à equipe profissional, conhecemos a estrutura física e nos informamos sobre o trabalho desenvolvido com a comunidade e especialmente com as gestantes. Fomos muito bem recebidas e a equipe mostrou-se bastante receptiva com relação à nossa proposta assistencial. Esse acolhimento foi muito importante, pois voltamos à Florianópolis confiantes de que seria muito proveitosa e enriquecedora essa experiência.

Ao discutirmos os aspectos práticos de nosso estágio, optamos por morar na comunidade durante os dois meses que nos eram disponíveis para a realização da prática assistencial. Poderíamos assim nos inserir melhor na comunidade, vivenciar seu modo de vida, além de ser

mais viável economicamente e também mais prático. Alguns dias antes do início oficial da prática assistencial voltamos ao campo de estágio, alugamos uma casa perto do CS e aproveitamos a ocasião para coletarmos alguns dados que nos faltavam acerca dos programas desenvolvidos pelo CS e sobre o território de abrangência do mesmo. Morando na comunidade da Pinheira, pudemos desfrutar de uma vivência ímpar, uma interação etnográfica, conhecendo os meandros sócio-culturais desta comunidade. Uma experiência que cada uma de nós guardará para o resto de suas vidas.

Sem dúvida que o fato de residir provisoriamente na localidade e nas proximidades do CS foi um fator predisponente para o alcance dos objetivos. Várias foram as pessoas que perguntaram: *“Vocês vão ficar morando aqui?”* *“Que bom! Então agora, o posto ganhou mais três enfermeiras?”*. Na rua já éramos reconhecidas e cumprimentadas, se não como membros da família chamada Pinheira, mas como futuras profissionais, genuinamente interessadas em compartilhar conhecimentos e desenvolver habilidades, técnicas e cuidados, de forma mais séria e participante possível. Isto certamente convergiu para uma assistência de enfermagem comprometida com as reais necessidades daquela população.

Desde o início ficamos muito empolgadas, pois nosso projeto era desafiador, já que seria o primeiro grupo de estágio curricular a desenvolver um projeto acadêmico-assistencial, no município de Palhoça. Estávamos embuídas de vontade, ansiedade e, porque não dizer, medo. Contudo, a cada visita que fazíamos, ficava mais clara a sensação de que nosso projeto, além de ser viável, dotava de alguns elementos a seu favor, como o acolhimento da enfermeira supervisora, a receptividade e interesse de toda a equipe do CS e nossa determinação.

Na prática assistencial desenvolvida - rica em experiências e aprendizados - tivemos a oportunidade de alcançar todos os objetivos propostos na elaboração do projeto; mas como a prática da enfermagem é permeada de particularidades, envolvendo desde as relações profissionais construídas, a interação com a comunidade e a individualidade de cada mulher atendida, os fatores contributivos e intervenientes também são de grande monta e requerem a descrição das atividades como uma totalidade assistencial, bem como das particularidades envolvidas em cada uma das atividades colocadas em prática. Portanto, ao fazer o relato da assistência desenvolvida, optamos em discorrer a partir dos objetivos delineados antes de ir ao campo. De maneira concomitante, realizaremos a descrição das ações relacionadas com cada um dos objetivos e, por fim, uma reflexão sobre o alcance dos mesmos, procurando dar um contorno

mais nítido àquilo que denominamos como sendo nosso objetivo maior, ou seja, o de prestar assistência de enfermagem às gestantes de baixo risco, com base nas ações de autocuidado, a partir da teoria de Dorothea E. Orem.

6.1 RELATANDO AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Declaração do objetivo

Realizar consulta pré-natal às gestantes, estimulando o autocuidado, identificando os déficits do mesmo, traçando planos de assistência em enfermagem, implementando esses planos e avaliando os resultados.

Descrição das ações relacionadas

As consultas de enfermagem para acompanhamento pré-natal, no CS I-Pinheira, antes de nossa chegada, sempre seguiram a rotina de agendamento prévio. Tal procedimento é feito (com hora marcada e não por ordem de chegada) para evitar o desgaste de uma longa espera. Em função disso, nosso período de estágio (matutino ou vespertino) foi adaptado de acordo com os horários em que haviam consultas de pré-natal agendadas.

Nas primeiras consultas, apenas acompanhamos a enfermeira supervisora, pois como havíamos previsto nas estratégias, ao acompanharmos as consultas, poderíamos conhecer a conduta e metodologia utilizada por ela (a supervisora) e assim, pouco a pouco, adaptar a esta o referencial da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea E. Orem. Além disso, percebíamos aí uma oportunidade de iniciar o processo interativo de conhecer e nos deixar conhecer pelas mulheres gestantes.

Para podermos acompanhar cada consulta, antes de mais nada, solicitávamos à cada uma das gestantes, seu consentimento verbal. Esse era considerado um pré-requisito essencial, mesmo que nossas ações, inicialmente, se resumissem no acompanhamento à consulta da enfermeira, pois entendemos que uma relação de confiança requer, antes de tudo, o respeito às individualidades e o reconhecimento de que são as pessoas a serem assistidas que devem optar pelos cuidados profissionais e não os profissionais que devem decidir, aleatoriamente, pelo processo assistencial com um todo. Sempre acreditamos que se as mulheres estivessem bem informadas, teriam melhores condições de decidir inclusive se queriam ou não continuar com os

cuidados profissionais durante o atendimento pré-natal. Esse, inclusive, era um pressuposto profundamente aderido à idéia do “autocuidado” proposta por Orem.

Antes de começarmos o estágio tivemos receio de que a demanda fosse pequena, ou que as mulheres viessem a oferecer certa resistência aos nossos cuidados, até mesmo pelas características inerentes à condição de comunidade afastada dos grandes centros urbanos e principalmente pela participação inédita de acadêmicos de enfermagem no processo assistencial em saúde. No entanto, nosso receio foi suprimido logo de início, com a grande aceitação da comunidade, sobretudo das gestantes, com relação a nossa participação no acompanhamento pré-natal. Porém, gostaríamos de ressaltar que a “aceitação” não se deu de modo ingênuo ou simplista, pois tanto as acadêmicas que sempre tiveram suas ações pautadas na ética, no compromisso e na valorização das mulheres e seus contextos, quanto as próprias mulheres gestantes que somente nos acolheram depois de estarem seguras de nossas identidades, de nosso compromisso profissional, de nossas intenções assistenciais e de nosso desejo de trabalharmos em conjunto para a promoção do autocuidado no período gestacional, em colaboração com os outros profissionais que já atuavam na instituição de saúde.

Na primeira consulta, ao solicitarmos para que uma de nós pudesse acompanhar as atividades da enfermeira, a gestante, comumente, não esboçava resistência, e acreditamos que isso se deva aos ajustes já conquistados anteriormente em relação às nossas interações com a enfermeira, bem como ao fato de estarmos acompanhadas por uma profissional de saúde por quem as mulheres têm respeito e reconhecimento profissional. Em uma das ocasiões, por exemplo, a gestante que recebia a solicitação de acompanhamento e que vinha acompanhada de sua mãe, ao ouvir a pergunta foi logo dizendo: *“por que não entram as três...por mim não tem problema....quanto mais gente pra cuidar de mim melhor, não é mãe?”*. Diante de tal receptividade, entramos as três, acreditando que se tratava de um caso a parte; porém, no decorrer do estágio, constatamos que esta não seria a exceção, mas quase que a regra, pois a maioria das gestantes tiveram o mesmo acolhimento e abertura quando solicitávamos consentimento para acompanhar ou realizar o atendimento de enfermagem.

Normalmente, ao chegar no CS, a gestante apresentava-se à recepção, onde era retirado seu prontuário, e logo em seguida era encaminhada à sala de triagem para mensuração de peso, altura e verificação da pressão arterial. A partir de tais procedimentos, a enfermeira convidava a gestante para entrar no consultório, sempre seguida pela acompanhante eleita para acompanhá-la

na consulta daquele dia. Caso tivéssemos obtido autorização para acompanhar a consulta, procurávamos manter o distanciamento necessário para não interferir nas ações e decisões da enfermeira. Porém, sempre que alguma solicitação era feita diretamente a nós – fosse por parte da enfermeira, ou da gestante – auxiliávamos direta e progressivamente nas atividades assistenciais ou de registro. Isso era facilitado por já termos lido o prontuário e o cartão de gestante, com toda a antecedência possível. Os dados ali contidos proporcionavam uma ampla visão sobre o estado de saúde da gestante e, concomitantemente, ajudava-nos a “acompanhar mentalmente” os cuidados e etapas da consulta conduzida pela enfermeira. Ao mesmo tempo que identificávamos quais os exames que haviam sido solicitados na consulta precedente e quais os que ainda precisariam ser solicitados, refletíamos sobre as alterações de peso e de sinais vitais, dentre outros. Durante o decorrer da consulta conduzida pela enfermeira supervisora, ficávamos bastante atentas ao exame obstétrico, que englobava, dentre outros, a ausculta dos batimentos cardíaco-fetais através de Sonar Doppler; a mensuração da altura uterina; da circunferência abdominal; e a realização das manobras de Leopold Zweifel, determinando apresentação, situação e posição fetal.

Durante o exame físico permanecíamos focalizadas nos sinais buscados pela enfermeira, como, por exemplo, observávamos as alterações cutâneas, principalmente as mais comuns na gravidez, como a linha nigra, o cloasma gravídico, estrias, atentando ainda para as informações que a profissional fornecia sobre o processo de amamentação, sempre que a gestante ou a acompanhante apresentavam alguma motivação referente a esta questão. Também atentávamos para presença de varizes ou edema, dentre outros. Registrávamos as respostas das mulheres quando questionadas sobre antecedentes ginecológicos, obstétricos, como também hábitos alimentares e de higiene, além de todos os outros dados e informações que estavam especificados no nosso instrumento para coleta de dados, constante na parte inicial do processo de enfermagem. Ao final da consulta, conversávamos particularmente com a enfermeira, procurando ajustar nossas interpretações e tentando nos preparar para o próximo encontro com aquela gestante quando, provavelmente, teríamos um papel mais preponderante, caso fosse consentido o acompanhamento.

A fim de que o leitor possa ter uma visão mais ampla das consultas realizadas, elaboramos uma tabela, mostrando todas as gestantes acompanhadas por nós neste período em que desenvolvemos a prática do nosso projeto assistencial. A tabela tem por objetivo sintetizar o

número de gestantes atendidas, bem como informar algumas características relacionadas à idade, tempo de gestação (Idade Gestacional-IG), a quantidade de encontros que tivemos (considerando visita domiciliar, acompanhamento às consultas médicas e odontológicas e as consultas de enfermagem propriamente ditas), além de informar sobre o nosso modo de participação e o da enfermeira supervisora nas consultas ocorridas no Centro de Saúde.

Tabela 1 - Visão global das gestantes acompanhadas durante a prática assistencial

Gestante*/ Idade/ Nº de filhos	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta	4ª Consulta
1) Calêndula 23 anos. Esperando o 1º filho.	13/10/03 IG -32s. - enfermeira supervisora conduziu. - as 3 acadêmicas acompanharam.	03/11/03 IG- 36s. - 1 acadêmica conduziu. - as outras 2 acadêmicas acompanharam.	14/11/03 IG- 38s. - <i>Visita Domiciliar</i> realizada por 2 acadêmicas. - participação da enfermeira supervisora.	28/11/03 1ª <i>Consulta Puerperal</i> , realizada em conjunto (médico + enfermeira + 3 acadêmicas).
2) Cravo 19 anos. Esperando o 1º filho.	13/10/03 IG - 22s. - 1 acadêmica conduziu. - enfermeira supervisora acompanhou.	10/11/03 IG- 26s. - as 3 acadêmicas conduziram. - enfermeira supervisora acompanhou.	Obs: não houve continuação das consultas por estarmos finalizando o estágio curricular**.	-
3) Margarida 19 anos. Esperando o 1º filho.	07/10/03 IG - 34s. - enfermeira supervisora conduziu. - 1 acadêmica em estágio extra-curricular acompanhou (antes de iniciar o estágio curricular).	16/10/03 IG - 36s. - 1 acadêmica conduziu. - 2 acadêmicas acompanharam.	24/10/03 IG- 38s. - 1 acadêmica conduziu. - 2 acadêmicas acompanharam.	04/11/03 1ª <i>Consulta Puerperal</i> . 2 acadêmicas acompanharam a consulta realizada pela enfermeira da unidade.
4) Orquídea 19 anos. Esperando o 1º filho.	20/10/03 IG - 19s. - 1 acadêmica conduziu. - 1 acadêmica e a enfermeira supervisora acompanharam.	17/11/03 IG- 23s. - 1 acadêmica conduziu. - 2 acadêmicas acompanharam.	21/11/03 IG - 24s. <i>Visita Domiciliar</i> realizada pelas 3 acadêmicas.	Obs: não houve continuação das consultas por estarmos finalizando o estágio curricular**.

Gestante */ Idade/ Nº de filhos	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta	4ª Consulta
5) Hortênsia 25 anos. Esperando o 3º filho.	24/10/03 IG - 28s. - 1 acadêmica conduziu. - 2 acadêmicas acompanharam.	19/11/03 IG - 1s. <i>Visita Domiciliar</i> realizada por 2 acadêmicas + ACS.	26/11/03 IG - 32s. - 1 acadêmica conduziu. - 2 acadêmicas acompanharam.	Obs: não houve continuação das consultas por estarmos finalizando o estágio curricular**.
6) Girassol 34 anos. Esperando o 3º filho.	29/10/03 IG - 13s. - 3 acadêmicas conduziram. - enfermeira supervisora acompanhou.	19/11/03 IG - 5s. <i>Visita Domiciliar</i> realizada por 2 acadêmicas + ACS.	24/11/03 IG - 6s. - 1 acadêmica conduziu. - 2 acadêmicas acompanharam.	Obs: não houve continuação das consultas por estarmos finalizando o estágio curricular**.
7) Lírio 19 anos. Esperando o 2º filho.	03/11/03 IG - 26s - 1 acadêmica conduziu. - 2 acadêmicas acompanharam.	24/11/03 IG - 9s. - enfermeira supervisora realizou. - 3 acadêmicas acompanharam.	04/12/03 IG - 31s. - enfermeira supervisora realizou. - 2 acadêmicas acompanharam.	Obs: não houve continuação das consultas por estarmos finalizando o estágio curricular**.
8) Rosa 38 anos. Esperando o 6º filho.	05/11/03 IG - 22s. - enfermeira supervisora conduziu. - 2 acadêmicas acompanharam.	26/11/03 IG - 25s. - 1 acadêmica conduziu. - 2 acadêmicas e a enfermeira supervisora acompanharam.	05/12/03 IG - 7s. <i>Visita Domiciliar</i> realizada pelas 3 acadêmicas + ACS.	Obs: não houve continuação das consultas por estarmos finalizando o estágio curricular**.
9) Copo-de- leite 29 anos. Esperando o 7º filho.	06/11/03 IG - 16s. - 1 acadêmica conduziu. - 1 acadêmica e a enfermeira supervisora acompanharam.	04/12/03 IG - 20s - 1 acadêmica conduziu. - 1 acadêmica e a enfermeira supervisora acompanharam.	Obs: não houve continuação das consultas por estarmos finalizando o estágio curricular**.	-
10) Dália 17 anos. Esperando o 1º filho.	06/11/03 IG - 12s. - 1 acadêmica conduziu. - 2 acadêmicas acompanharam.	20/11/03 IG - 14s. <i>Visita Domiciliar</i> realizada pelas 3 acadêmicas + ACS.	28/11/03 <i>Consulta Odontológica</i> acompanhada por 2 acadêmicas.	Obs: não houve continuação das consultas por estarmos finalizando o estágio curricular**.

Gestante */ Idade/ Nº de filhos	1ª Consulta	2ª Consulta	3ª Consulta	4ª Consulta
11) Crisântemo 40 anos. Esperando o 3º filho.	17/11/03 IG - 40s. - enfermeira supervisora conduziu. - 1 acadêmica acompanhou.	Obs: não houve continuação das consultas por estarmos finalizando o estágio curricular**.	-	-
12) Dama da Noite 36 anos. Esperando o 3º filho.	18/11/03 IG - 11s - enfermeira supervisora conduziu. - 2 acadêmicas acompanharam.	Obs: não houve continuação das consultas por estarmos finalizando o estágio curricular**.	-	-
13) Violeta 22 anos. Esperando o 1º filho.	20/11/03 IG - 34s - enfermeira supervisora conduziu. - 3 acadêmicas acompanharam.	Obs: não houve continuação das consultas por estarmos finalizando o estágio curricular**.	-	-
14) Amor Perfeito 26 anos. Esperando o 2º filho.	26/11/03 IG - 23s. - enfermeira supervisora conduziu. - 1 acadêmica acompanhou.	Obs: não houve continuação das consultas por estarmos finalizando o estágio curricular**.	-	-
15) Samambaia 32 anos. Esperando o 2º filho.	23/10/03 IG - 9s e 5d - 1 acadêmica conduziu. - 2 acadêmicas e a enfermeira supervisora acompanharam.	Obs: não houve continuação das consultas pois nossos horários não foram compatíveis com as consultas da gestante. **	-	-

* Nomes fictícios

** As consultas subseqüentes foram conduzidas pela enfermeira supervisora.

Ao visualizar esta tabela, percebe-se que foi possível participarmos de 35 acompanhamentos a 15 gestantes (algumas, inclusive, já tendo se tornado puérperas). Como a própria tabela mostra, com algumas destas mulheres, tivemos apenas um encontro (normalmente era aquele do qual participávamos assistindo à consulta conduzida pela enfermeira), enquanto com outras, tivemos oportunidade de desenvolver o processo assistencial com maior aproximação e envolvimento. Assim, das 15 gestantes com as quais mantivemos contato no período de estágio, “conduzimos” consultas com 10 delas. Uma vez que, com algumas dessas 10, conduzimos mais do que uma consulta, no total, ficamos responsáveis diretamente por 17 consultas. Com oito dessas mulheres gestantes desenvolvemos o processo de enfermagem completo, ou seja, envolvendo as quatro etapas metodológicas. Também participamos de seis visitas domiciliares, algumas vezes acompanhadas pela enfermeira supervisora, noutras, por agentes comunitários e em uma oportunidade ficamos inteiramente responsáveis pela condução e encaminhamento da visita.

Como já colocamos anteriormente, a receptividade da comunidade, mais especificamente das gestantes, superou nossas estimativas, quebrando então os receios iniciais, comuns quando se principia um novo trabalho. Coube a nós buscar da melhor forma possível retribuir a confiança que nos foi tão espontaneamente concedida. Neste contexto, a execução do processo de enfermagem foi de fundamental validade para dirigir a assistência pré-natal, desde a etapa de coleta de dados, até a etapa de avaliação dos resultados. Isto nos deu segurança para seguirmos em frente e, certamente, para encorajar as mulheres a serem agentes habilitadas na condução de seus autocuidados.

Certamente que não foi fácil vencer a ansiedade quando, depois de acompanharmos algumas consultas, chegou a nossa vez de conduzi-las. Nas primeiras vezes que isto aconteceu, a supervisora se fez presente dando dicas e complementando no que tínhamos dúvidas. Os contatos freqüentes com nossa orientadora foram igualmente importantes para aprofundarmos nosso conhecimento sobre as etapas do processo, para não perdermos a associação teoria-prática e para enfim adquirirmos segurança e realizarmos as consultas com maior independência.

Com o desenvolvimento da prática, descobrimos que a cada consulta que participávamos e a cada mulher grávida que conhecíamos, com suas particularidades de autocuidado, suas potencialidades e os déficits relacionados ao autocuidado, fomos aos poucos incorporando o “espírito do autocuidado” e traçando planos de enfermagem focados na realidade em que a

gestante estava inserida. Durante as consultas todas as gestantes foram marcantes por seus depoimentos, dúvidas e colocações.

Inicialmente nos sentíamos inquietas quanto ao referencial teórico escolhido, mesmo porque nenhuma de nós o dominava totalmente. Já nas primeiras consultas que acompanhamos ficamos um pouco preocupadas, pois a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, com seu prisma no autocuidado, exigiu de nós uma nova leitura das ações de enfermagem, diferente daquela que estávamos habituadas. Diferente também do modelo desenvolvido pela enfermeira do CS. Pouco a pouco, a princípio mentalmente, fomos começando a fazer uma ponte entre a “teoria do autocuidado” e a consulta que realizávamos, e aos poucos conseguimos prestar uma assistência vislumbrada através do olhar do autocuidado. Hoje, entendemos sobremaneira que o processo de enfermagem é a consolidação científica da assistência prestada, a base e o principal “instrumento” da assistência profissional.

O registro de todas as etapas do processo de enfermagem foi um fator fundamental não apenas para garantir a fidedignidade dos dados, mas também para que conseguíssemos elaborá-lo de forma metodologicamente didática. Tanto que o modelo de processo que havíamos elaborado no projeto sofreu várias adaptações para tornar-se funcional (tais modificações estão especificadas no capítulo 5 onde abordamos a metodologia). Pelos limites impostos por este relatório descreveremos, na íntegra, apenas dois processos desenvolvidos com Margarida e Calêndula, embora para nós não seja fácil essa decisão, pois cada mulher grávida era um ser humano genuíno, cada encontro esteve pleno de subjetividades e todos foram igualmente importantes para nós. Antes, porém, de registrarmos as etapas constituintes da metodologia adotada, apresentamos um breve resumo da história de cada gestante e também uma breve descrição dos encontros que tivemos com cada uma delas.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM COM MARGARIDA

Tivemos com Margarida três encontros em consultas de pré-natal, um encontro durante o grupo de gestantes e uma consulta puerperal. Chegamos a agendar uma visita domiciliar, porém devido ao fato da gestante ter entrado em trabalho de parto um dia antes da data marcada para a visita, não foi possível realizá-la.

O primeiro encontro foi no dia 07/10/2003, onde uma das acadêmicas em estágio extra-curricular acompanhou a consulta. Margarida mostrou-se muito feliz e receptiva, havendo uma grande simpatia mútua. Já na segunda consulta, em 16/10/2003, Margarida estava mais abatida, referindo desconforto respiratório, epigástrico e lombalgia. Estava também chateada com problemas familiares, por isso a consulta focou mais os desvios de saúde, incluindo seus problema pessoais.

A terceira consulta se deu no mesmo dia do encontro de gestantes, ou seja, em 24/10/2003. Margarida estava mais disposta, sem queixas, conversamos sobre cuidados com as mamas, exames preventivos de câncer de colo uterino e sobre o trabalho de parto. Logo após a consulta, ela participou do 1º encontro do grupo de gestantes, destacando-se pela espontaneidade e desenvoltura, tanto que o tema escolhido para o encontro seguinte foi sugerido por ela e acolhido pelas demais.

COLETA DE DADOS

Data: 07/10/2003

1. Dados Biográficos e de Identificação

Nome: *Margarida*

Idade: *19 anos*

Estado civil: *com companheiro*

Endereço/Procedência: *Rua das Rosas, 001.*

Crença: *Católica*

DUM: *28-01-2003*

DPP: *07-11-2003*

IG pela DUM: *34 s*

IG pela USG: *36s. e 6d*

Número de filhos: *primeira gravidez*

Número de consultas médicas anteriores: *02*

Número de consultas de enfermagem anteriores: *07*

2. Autocuidado Universal

a) Entrevista

Motivo da consulta: *retorno para acompanhamento pré-natal e para mostrar resultado de exames (hemograma, EPU, glicemia, VDRL, toxoplasmose, rubéola, anti-HIV 1 e 2).*

Padrão de ingestão líquida: *em média três copos de água por dia fora das refeições, no café da manhã toma uma xícara de café com leite, durante almoço geralmente toma coca-cola, no lanche da tarde ingere café com leite ou refrigerante e na janta, às vezes, bebe café com leite, água ou refrigerante.*

Padrão de ingestão alimentar: *cardápio diário rotineiro:*

Café da manhã: um pão francês ou doce com margarina ou doce, esporadicamente uma fatia de bolo ou bolacha.

Almoço: feijão, arroz, batata cozida ou frita, aipim, macarrão, pirão (em média três dessas variedades por dia). Eventualmente, come verduras como couve-flor, cenoura cozida e chuchu.

Come carne todos os dias, frango ensopado ou peixe frito ou carne bovina refogada.

Lanche da tarde: semelhante ao café da manhã, sendo que, às vezes, ingere refrigerante.

Janta: é variada, pois às vezes requeixa a sobra do almoço ou come pão.

Refere ainda não ter o hábito de comer frutas.

Padrão de eliminação intestinal e urinária: *refere urinar em média seis vezes ao dia. Descreveu a urina como sendo de cor amarelo claro e transparente, sem odor forte e não refere ardência ou desconforto ao urinar. Refere ainda evacuar dia sim, dia não, fezes pastosas de coloração marrom escuro.*

Padrão de atividade e repouso: *durante o dia divide as atividades domésticas com sua irmã e ajuda a cuidar de suas duas sobrinhas. No final da tarde faz uma caminhada de aproximadamente meia hora pelas redondezas e, à noite, dorme em média 7 horas.*

Vacinação antitetânica: *iniciou o esquema, junto com a campanha contra a rubéola, em agosto de 2002. Primeira dose: 19 de agosto de 2002; segunda dose: 21 de outubro de 2002; terceira dose: 21 de fevereiro de 2003.*

Etilismo: *bebia "socialmente" em eventos festivos antes da gestação.*

Tabagismo: *ex-fumante, fumava desde os 14 anos, em média 20 cigarros por dia, parou de fumar gradativamente no decorrer da gestação e parou definitivamente no sexto mês de gestação.*

Alergias: *não verbalizadas.*

Domicílio próprio?: *sim (da família).* Tipo de construção: *mista.*

Nº de cômodos: *2 quartos, banheiro, sala, cozinha.*

Possui animal doméstico? *Sim, três cachorros de porte médio que ficam no quintal.*

Água encanada: *sim* Esgoto: *fossa séptica* Lixo: *coleta 3 vezes por semana*

Nº de pessoas residentes na moradia: *2 pessoas, a gestante e a mãe, no mesmo terreno mora, em outra casa, a irmã e duas sobrinha. Seus pais são divorciados.*

Escolaridade: *ensino fundamental completo* Profissão: *babá, cuidou de recém-nascidos (até 8 meses), parou no início da gravidez.*

Problemas de saúde familiares: *avó materna possui HAS.*

Problemas de saúde pessoais: *refere não haver intercorrências.*

Antecedentes ginecológicos

Início vida sexual: *17 anos* Tem parceiro fixo? *Atualmente relaciona-se com o namorado que assumiu a paternidade do bebê, porém o pai biológico era o namorado anterior (1 ano e 3 meses de namoro, primeiro namorado) que não assumiu a paternidade.*

Exame preventivo de CA de colo uterino: *único em 2003, durante a gestação.*

Alguma queixa (dispareunia, corrimento...): *não.*

Método contraceptivo: *relata que "ele usava camisinha direto e no dia estourou...", conhece outros métodos contraceptivos como pílula, DIU, tabelinha.*

Antecedentes obstétricos

Gesta: *I* Aborto: ϕ espontâneo: - provocado: - curetagem: -

Para: ϕ domiciliar: - hospitalar: - Cesárea: -

Idade dos filhos: -

Intercorrência nas gestações, partos e puerpérios: -

Aleitamento materno: *pretende amamentar* quanto tempo: -

Conhecimentos sobre a amamentação: *relata saber sobre a importância da amamentação tanto para ela quanto para o bebê, questionou sobre os cuidados com as mamas.*

b) Exame físico

Observação do estado geral: *a paciente é disposta, ativa, desenvolta, expressão facial alegre, bastante comunicativa.*

Inspeção da pele: *íntegra, hidratada, corada.*

Inspeção do couro cabeludo: *íntegro, sem sujidades aparentes, cabelos ondulados, na altura dos ombros, que ficam presos a maior parte do tempo.*

Inspeção da face, mucosas oculares e boca: *leve descoramento de mucosa ocular, mucosa bucal íntegra, ausência de cloasma gravídico, presença de todos os dentes (está realizando acompanhamento odontológico no CS).*

Palpação da tireóide e gânglios: *sem nódulos ou hipertrofias.*

Inspeção, palpação e expressão das mamas: *colostró presente à expressão, mamilos protrusos, mamas globosas, simétricas. Sem queixas ou desconfortos.*

Observação da pele abdominal (estrias, linha nigra, silhueta): *sem estrias, não apresenta linha nigra, pele íntegra.*

Altura uterina (AU): *34 cm*

Circunferência abdominal: *100 cm*

BCF: *132 bpm*

Manobras de Leopold:

a) Apresentação: *cefálica* b) Situação: *longitudinal* c) Posição: *direita*

Inspeção da genitália externa: *mucosas íntegras, sem presença de leucorréia ou odor fétido.*

Inspeção de MMII: *sem edema ou varizes*

PA: *100/70 mm Hg* FC: *72 bpm* FR: *20 mpn* Temperatura: *36,6° C*

Altura: *1,55 m*

Peso: *65,5 Kg*

3. Autocuidado Desenvolvimental

A gravidez foi planejada? *Não, quando soube que estava grávida recém tinha se separado do primeiro namorado e ao dar a notícia ao mesmo, passou por uma situação de constrangimento, pois ele recusou-se a reconhecer a paternidade. Seu namorado atual assumiu então a paternidade, o que gerou conflitos íntimos e familiares.*

Deseja a gravidez? *Segundo informações da enfermeira supervisora, nas primeiras consultas teve episódios de choro, com o passar do tempo aceitou a gravidez, se conformou, o atrito familiar diminui um pouco, com melhor aceitação da gravidez por parte da mãe, o apoio da irmã e do atual namorado.*

Como se sente grávida? *Se diz feliz, preocupada em arranjar um nome para a filha. Interage dialogando sobre questões referentes à maternidade.*

Situação familiar e econômica atual: *a mãe trabalha como empregada doméstica para complementar a pensão que recebe e é a provedora da família. Segundo a gestante a mãe “se intromete” muito em sua vida o que causa atrito entre as duas.*

O que muda com a gravidez (aspectos positivos e negativos): *“positivo eu achei que foi ter parado de fumar, comecei a cuidar mais de mim e do bebê, o que eu achei ruim foi que eu não queria e atrapalhou um pouco os meus planos, de estudar por exemplo”.*

Apresenta algum problema ou desconforto: *relata estar se sentindo muito bem*

Tem alguma dúvida em relação à questão sexual na gravidez? *Não abordamos profundamente esse tema. Apenas referiu ter relações esporádicas com o atual namorado.*

Relacionamento com outros filhos:

Relacionamento com companheiro: *conforme já citado anteriormente está com o namorado que não é o pai da criança, mas assumiu tal papel. O pai biológico da criança é um ex-namorado que ao saber da gravidez recusou a paternidade. O relacionamento da gestante com o atual companheiro é relatado por ela como sendo “bom”.*

Conhecimentos a respeito do trabalho de parto, cuidados puerperais e com o RN: *pelo fato de ter sido babá, já possui habilidades com crianças, demonstra interesse em saber mais a respeito do parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, pois durante a consulta questionou sobre os cuidados com o cordão umbilical, teste do pezinho e sobre a “quarentena”.*

4. Autocuidado de Desvio de Saúde

Perspectiva médica da situação da gestante.

a) Dados significativos provenientes do prontuário, do resultado de exames e/ou do contato direto com o médico:

Hemograma: Hemácias 4.1

Hemoglobina 11,60

Hematócrito 36

Leucócitos 10.000

Glicose 68 mg/dl

VDRL não reagente

Anti HIV não reagente

Toxoplasmose IGG positivo IGM negativo

Rubéola IGG positivo IGM negativo

b) Dados relatados pela gestante relacionados com diagnósticos e condutas médicas:

Não houve

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Data: 07/10/2003

Classificação do déficit de AC	Diagnóstico de enfermagem
1) Universais	<p>1. a) <i>Déficit na ingestão hídrica (3 a 4 copos por dia).</i></p> <p>1. b) <i>Hábito alimentar inadequado ao período gravídico.</i></p>
2) Desenvolvimentais	<p>2. a) <i>Gravidez na adolescência.</i></p> <p>2. b) <i>Difícil aceitação da gravidez.</i></p> <p>2 c) <i>Estresse relacionado a conflitos familiares constantes(déficit interacional com a mãe).</i></p>
3) De desvio de saúde	<p>3. a) <i>Déficit de conhecimentos sobre a importância da realização do exame preventivo de CA de colo uterino.</i></p>

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PROMOTORAS DE AC

Data: 07/10/2003

Meta	Ação de Enfermagem	Objetivo	Sistema de Enfermagem
<p>1.a) Atingir o padrão médio de 2 litros de líquidos por dia.</p> <p>1.b) Otimizar a qualidade de nutrientes necessários para o organismo, ingerindo mais frutas e verduras.</p> <p>2.a) Promover conhecimentos sobre gestação X adolescência.</p> <p>2.b) Promover maior aceitação da gravidez.</p> <p>2.c) Promover maior interação entre gestante e mãe.</p> <p>3.a) Realizar periodicamente o exame preventivo de CA de colo uterino.</p>	<p>1.a) Orientar sobre a importância e incentivar a ingesta hídrica, propondo outras opções para o consumo.</p> <p>1.b) Orientar sobre a importância de uma dieta alimentar balanceada e sua relação direta na saúde da gestante e do bebê.</p> <p>2.a) Dialogar sobre os sentimentos, dificuldades e aspectos emocionais relacionados ao processo de adolescer, estar grávida e tornar-se mãe.</p> <p>2.b) Estar disponível para oferecer suporte emocional e ouvir suas dúvidas, medos e anseios. E em conjunto com a mesma, revitalizar os aspectos positivos da gravidez.</p> <p>2.c) Convidar a mãe para participar das consultas e do grupo de gestantes.</p> <p>3.a) Orientar sobre a importância de realizar exame preventivo de CA de colo uterino, pelo menos uma vez ao ano.</p>	<p>1.a) A gestante referirá que aumentará a ingesta líquida através de sucos e chás, diminuindo o consumo de refrigerantes.</p> <p>1.b) A gestante proporá adicionar em sua dieta mais frutas e verduras.</p> <p>2.a) A gestante fará perguntas relacionando as fases desenvolvimentais pelas quais está passando (adolescência e gravidez).</p> <p>2.b) A gestante referirá que irá pensar a respeito dos aspectos positivos da gravidez.</p> <p>2.c) A gestante referirá que irá convidar a mãe para as próximas consultas e/ou encontros do grupo de gestantes.</p> <p>3.a) A gestante perguntará sobre a prevenção do CA de colo uterino.</p>	<p>1.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório.</p> <p>1.b) Apoio-educação parcialmente compensatório.</p> <p>2.a) Apoio-educação parcialmente compensatório.</p> <p>2.b) Apoio-educação parcialmente compensatório.</p> <p>2.c) Apoio-educação parcialmente compensatório.</p> <p>3.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório.</p>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Retorno dia 16/10 para consulta de rotina de pré-natal.

1.a) Manteve déficit de ingesta líquida, relata que teve dificuldade de mudar os hábitos, acha a água “ruim”, relata também que tem se esforçado um pouco para tentar beber mais líquidos e que diminuiu a ingesta de coca-cola.

1.b) Começou a ingerir mais frutas e verduras, acrescentou mais verduras e legumes no almoço, como cenoura e chuchu, relata que às vezes “chupa” uma laranja após o almoço.

2.a) Mostrou-se mais aberta ao diálogo sobre a gravidez, pois verbalizou interesse nos batimentos cardíacos do feto e queria saber “como ela estava dentro da barriga”. Relata ainda algumas dificuldades com relação a morar com a mãe e outras questões inerentes à gravidez na adolescência como a dependência financeira, o que nos leva a acreditar em um amadurecimento dessa fase desenvolvimental.

2.b) Demonstra progressiva aceitação da gravidez, observada através de palavras carinhosas dirigidas ao bebê, interesse pelos cuidados com o recém-nascido.

2.c) Manteve o déficit interacional com a mãe, pois relatou desavenças em grande parte relacionadas com a questão financeira, relata também estar mais esperançosa e ansiosa pelo nascimento do bebê, pois irá morar com a sogra quando o bebê nascer em outra comunidade deste mesmo município.

3.a) Com relação ao preventivo, tem demonstrado maior interesse em realizá-lo periodicamente, relatou que irá fazer o próximo, aproximadamente, três meses depois que o bebê nascer.

Dados novos: AU: 34 cm; Cir.Ab: 102 cm; BCF: 148 bpm; PA: 110/60 mm Hg; Peso: 65,5 Kg.

Referiu dificuldade respiratória, principalmente quando está sentada ou quando faz muito esforço, que irradia para região epigástrica, provavelmente relacionado à compressão do útero sobre o diafragma. Refere dor nas costas, na região lombar, provavelmente relacionado à distensão das articulações sacroilíacas com o encaixamento do bebê e pela distensão da musculatura abdominal causada pelo crescimento uterino.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Data: 16/10/2003

Classificação do déficit de AC	Diagnóstico de enfermagem
1) Universais	1. a) <i>Déficit mantido.</i> 1.b) <i>Desenvolvimento para o autocuidado em andamento.</i>
2) Desenvolvimentais	2. a) <i>Desenvolvimento para o autocuidado em andamento.</i> 2. b) <i>Desenvolvimento para o autocuidado em andamento.</i> 2. c) <i>Déficit mantido.</i> <u>2. d) <i>Dificuldade respiratória acompanhada de dor em região epigástrica.</i></u> <u>2. e) <i>Lombalgia provavelmente relacionada ao aumento abdominal.</i></u>
3) De desvio de saúde	3. a) <i>Desenvolvimento para o autocuidado em andamento.</i>

Observação: os diagnósticos sublinhados referem-se aos novos diagnósticos.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PROMOTORAS DE AC

Data: 16-10-2003

Meta	Ação de Enfermagem	Objetivo	Sistema de Enfermagem
1.a) Atingir o padrão médio de 2 litros de líquidos por dia. 1.b) Mantém a meta anterior. 2.a) Mantém a meta anterior. 2.b) Incentivar a aceitação da gravidez. 2.c) Mantém a meta anterior. 2.d) Diminuir o desconforto respiratório. 2.e) Aliviar a lombalgia. 3.a) Mantém meta anterior.	1.a) Reforçar a importância da ingestão de líquidos e incentivar a gestante a consumi-los. 1.b) Mantém a ação de enfermagem anterior. 2.a) Mantém a ação de enfermagem anterior. 2.b) Mantém a ação de enfermagem anterior. 2.c) Incentivar a gestante a convidar sua mãe para participar das consultas e grupo. 2.d) Orientar que a falta de ar é comum no avançar da gestação, orientar que conversar com o bebê, acariciando levemente o local de desconforto, pode vir a reduzi-lo. Incentivar o repouso em decúbito lateral esquerdo. 2.e) Orientar medidas para proporcionar maior conforto, tais como, usar um travesseiro para apoiar a barriga quando estiver em decúbito lateral, preferindo sempre que possível o decúbito lateral esquerdo. 3.a) Mantém ação de enfermagem anterior.	1.a) A gestante referirá esforçar-se mais no intuito de atingir a meta já estabelecida. 1.b) A gestante continuará se propondo a incluir mais frutas e verduras em seu cardápio. 2.a) A gestante continuará um processo de reflexão acerca da gravidez na adolescência. 2.b) A gestante continuará demonstrando interesse sobre as condições do bebê e sobre a gestação. 2.c) A gestante referirá que irá pensar em convidar sua mãe para as consultas e grupo. 2.d) A gestante referirá descansar em decúbito lateral esquerdo, intercalar atividade e repouso, evitando desgaste excessivo. 2.e) A gestante referirá utilizar travesseiro conforme orientação. 3.a) A gestante referirá que irá fazer o exame preventivo.	1.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 1.b) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 2.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 2.b) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 2.c) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 2.d) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 2.e) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 3.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Retorno dia 24/10/03 para consulta de rotina de pré-natal.

1. a) Relata ter aumentado o padrão de ingesta hídrica, adicionando três a quatro copos de suco artificial durante o dia e fora das refeições.
1. b) Diz estar consumindo mais verduras cozidas durante o almoço e, às vezes, maçã e laranja (três vezes por semana).
2. a) Apesar de, às vezes, falar do empecilho que significa a gravidez para os seus planos, ela tem se demonstrado interessada e feliz com a vinda do bebê, preocupada em decidir um nome.
2. b) Neste encontro disse estar feliz, demonstrando uma maior aceitação da gravidez, pois esforçou-se para mudar os hábitos como alimentação e ingesta líquida, refletindo o empenho em prol de uma gestação saudável.
2. c) A relação com a mãe continua tendo atritos constantes, ela diz que a mãe “se mete muito em sua vida”, como sabe da questão da paternidade, questiona a relação da gestante com o atual namorado. Fato esse que dificulta a aproximação entre mãe e filha e a participação da mãe nas consultas e no grupo.
2. d) Relata que o desconforto respiratório diminuiu, pois “a barriga deu uma baixada”. Diz que tem procurado intercalar atividade e repouso, preferindo o decúbito lateral esquerdo quando deitada.
2. e) Com relação à lombalgia, diz que “aliviou bastante” e que, às vezes “dói um pouco, mas nada comparado ao que sentia antes”, diz estar usando o travesseiro para apoiar a barriga.
3. a) Quando novamente reforçamos a importância da realização do exame preventivo de câncer de colo uterino, a gestante logo afirmou que por volta do terceiro mês após o parto realizará o exame e, após este, fará anualmente.

Dados novos: Enquanto falávamos sobre o exame preventivo, perguntou sobre o exame de mama durante a amamentação, então orientamos a respeito deste exame e aproveitamos para ressaltar os benefícios do aleitamento materno na prevenção do câncer de mama, conversando sobre aleitamento materno e cuidado com as mamas. Margarida demonstrou ter muito conhecimento tanto sobre este tema e com relação aos cuidados com o bebê, pois já trabalhou como babá, que “ajuda a criar as sobrinhas”. Diz que gosta muito de criança. Já escolheu o nome da filha.

Relatou ter sentido “endurecimento da barriga”. Foi orientado que essas contrações são normais e aproveitou-se para falar sobre trabalho de parto, visando torná-la mais segura em seu autocuidado.

AU: 36 cm; Cirunf. Abdominal: 101 cm; PA: 110/80 mmHg; Peso: 66,800 Kg.

Logo após a consulta, participou do grupo de gestantes, destacou-se por ser desenvolta e comunicativa, tomando a iniciativa em expor suas idéias e questionamentos. Perguntou sobre parto sem dor, assunto que logo despertou o interesse de muitas gestantes (um dos temas eleitos para próximo encontro: trabalho de parto).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Data: 24/10/2003

Classificação do déficit de AC	Diagnóstico de enfermagem
1) Universais	1. a) <i>Déficit sanado.</i> 1. b) <i>Desenvolvimento para o autocuidado em andamento.</i>
2) Desenvolvimentais	2. a) <i>Desenvolvimento para o autocuidado em andamento.</i> 2. b) <i>Déficit sanado.</i> 2. c) <i>Déficit mantido.</i> 2. d) <i>Déficit sanado.</i> 2. e) <i>Déficit sanado.</i> <u>2. f) <i>Déficit de conhecimento com relação ao trabalho de parto.</i></u>
3) De desvio de saúde	3. a) <i>Déficit potencialmente sanado.</i>

Observação: os diagnósticos sublinhados referem-se aos novos diagnósticos.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PROMOTORAS DE AC

Data: 24/10/2003

Meta	Ação de Enfermagem	Objetivo	Sistema de Enfermagem
<p>1.a) Manter o padrão de autocuidado alcançado</p> <p>1.b) Manter a meta anterior.</p> <p>2. a) Com se trata de um déficit existencial, a meta consiste em dar apoio para melhor adaptação a esta necessidade de autocuidado, de modo contínuo.</p> <p>2.c) Mantém a meta anterior.</p> <p>2.f) Aumentar as potencialidades da gestante frente ao trabalho de parto e parto.</p>	<p>1.a e 1.b) Reforçar pontos positivos que foram executados pela gestante, incentivando a continuidade das ações de autocuidado já desenvolvidas.</p> <p>2.c) Conversar com a gestante, buscando uma melhor compreensão da situação e da relação familiar estabelecida, utilizando como estratégia Visita domiciliar, programada para 29/10/03.</p> <p>2.f) Responder a eventuais dúvidas com relação ao trabalho de parto e parto.</p>	<p>1.a) A gestante referirá que continuará realizando as ações de autocuidado. Esforçar-se mais no intuito de atingir a meta já estabelecida.</p> <p>1.b) A gestante continuará se propondo a incluir mais frutas e verduras em seu cardápio.</p> <p>2.a) A gestante continuará um processo de reflexão acerca da gravidez na adolescência.</p> <p>2.c) A gestante referirá que procurará refletir sobre sua relação com a mãe, estando disposta a receber a visita domiciliar.</p> <p>2.f) A gestante estará aberta para aprender mais sobre o parto.</p>	<p>1.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório.</p> <p>1.b) Apoio-educação e parcialmente compensatório.</p> <p>2.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório.</p> <p>2.c) Apoio-educação e parcialmente compensatório.</p> <p>2.f) Apoio-educação e parcialmente compensatório.</p>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução para conclusão do processo de enfermagem do dia 04/11/2003.

2.c) A visita domiciliar, programada inicialmente em 29/10, não foi possível de ser realizada, pois Margarida dirigiu-se à maternidade devido à contrações fortes e em razão da distância, preferiu hospedar-se na casa de sua sogra, em uma comunidade mais próxima da maternidade.

Dados novos:

Coletados através de relato da consulta puerperal realizada pela enfermeira do CS no dia 04/11/2003.

O parto normal aconteceu no dia 31/10/2003, na maternidade do HRSJ, apresenta episiorrafia médio lateral esquerda, com hematoma perivulvar, estava um pouco abatida ao relatar que o trabalho de parto havia sido longo e cansativo, a criança nasceu pesando 2.850 g.

Apresenta fissura bilateral em mamas, hemorróidas algícas, lóquios normais.

Prescrito: Sulfato Ferroso 1 comprimido 1x ao dia.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM COM CALÊNDULA

Tivemos com Calêndula cinco encontros, sendo o último deles, na reunião do grupo de gestantes, para mostrar com orgulho, o filho recém-nascido. O primeiro ocorreu no dia 13/10, quando acompanhamos uma consulta previamente agendada e realizada pela enfermeira. Calêndula estava acompanhada de sua mãe e concordou com nossa presença durante a consulta. Foi bem receptiva, mostrando-se interessada e aberta ao diálogo. Nesse mesmo dia a convidamos para participar do grupo de gestantes que ocorreria no dia 24/10, ao qual ela concordou demonstrando curiosidade e interesse. O encontro seguinte foi, justamente, durante o grupo de gestantes, no qual ambas (a gestante e sua mãe) compareceram. A consulta subsequente foi realizada dia 03/11 e Calêndula veio novamente acompanhada de sua mãe. Nesta oportunidade, além de realizarmos a consulta propriamente dita, estreitamos mais os laços de confiança e agendamos uma visita domiciliar, que se realizou dia 14/11. Nesse dia conhecemos sua casa e fomos muito bem recebidas. Tínhamos como objetivo, além de conhecer sua realidade, aprofundar nossa coleta de dados, bem como evoluir a consulta anterior. A gestante também compareceu a mais uma consulta de enfermagem no dia 18/11, quando então pudemos obter novos dados e complementar a evolução. No dia 25/11 fomos informadas por telefone que

Calêndula havia iniciado o trabalho de parto no dia anterior, dando então à luz um bebê saudável, de parto normal, no Hospital Regional de São José. No dia 28/11 tivemos nosso último contato com Calêndula, quando a mesma compareceu ao grupo de gestantes acompanhada de sua mãe, esposo e o bebê. Nesse dia ela agendou sua primeira consulta puerperal com a enfermeira do CS.

COLETA DE DADOS

Data: 03/10/2003 (Consulta de enfermagem)

1. Dados Biográficos e de Identificação

Nome: *Calêndula*

Idade: *20 anos*

Estado civil: *casada*

Endereço/Procedência: *Rua das Rosas, 002.*

Crença: *católica*

DUM: *26-02-2003*

DPP: *08-12-2003*

IG pela DUM: *35 semanas e 4 dias*

IG pela USG: *33 semanas*

Número de filhos: *primeira gravidez*

Número de consultas médicas anteriores: *04*

Número de consultas de enfermagem anteriores: *05*

2. Autocuidado Universal

a) Entrevista

Motivo da consulta: *retorno para acompanhamento pré-natal.*

Padrão de ingestão líquida: *em média três litros de água por dia fora das refeições. No café da manhã toma uma xícara de café com leite ou só de leite, durante almoço geralmente toma suco em pó diluído ou refrigerante, no lanche da tarde ingere café com leite ou refrigerante ou suco natural de laranja e na janta bebe café com leite ou refrigerante.*

Padrão de ingestão alimentar: *antes de descrever um cardápio diário rotineiro a gestante referiu que come muito pão. Está tentando diminuir, mas não consegue.*

Café da manhã: três fatias de pão de trigo com queijo e margarina ou com doce, às vezes come uma fatia de bolo.

Lanche da manhã: aproximadamente no meio da manhã come alguma fruta como maçã, morango, banana, mamão ou um pouco de bolacha.

Almoço: arroz, feijão, macarrão, batata inglesa cozida, aipim cozido (em média quatro dessas variedades por dia). Ingere uma ou duas variedades de saladas como couve-flor, cenoura cozida, chuchu, brócolis, alface, tomate todos dias. Ainda no almoço come um tipo de carne, variando entre frango ensopado ou assado, peixe frito ou carne bovina refogada ou assada.

Lanche da tarde: come duas ou três fatias de pão com doce ou margarina, rosca de polvilho ou duas a três fatias de bolo sem recheio mais alguma das frutas já citadas.

Janta: semelhante ao almoço, só que em menor variedade.

Padrão de eliminação intestinal e urinária: refere urinar em média oito vezes ao dia. Relata que houve aumento da frequência urinária nos últimos meses, descrevendo a urina como sendo de cor amarelo claro e transparente, sem odor forte e não refere ardência ou desconforto ao urinar. Refere ainda evacuar uma ou duas vezes por dia, fezes pastosas de coloração marrom escuro.

Padrão de atividade e repouso: caminha todos os dias no fim da tarde (de 20 a 40 minutos), pois está preocupada com o aumento de peso. Além disso, realiza as atividades domésticas e dorme em média 8 horas por noite e, às vezes, dorme aproximadamente 40 minutos à tarde.

Vacinação antitetânica: fez o esquema completo há mais de 10 anos e recebeu a dose de reforço em 25/07/2002.

Etilismo: refere que não ingere bebida alcoólica.

Tabagismo: refere nunca ter fumado.

Alergias: refere não ter conhecimento.

Domicílio próprio? Sim. Tipo de construção: casa de alvenaria.

Nº de cômodos: 3 quartos, 1 banheiro, sala e cozinha.

Possui animal doméstico? Sim, três tartarugas que vivem no quintal.

Água encanada: sim. Esgoto: fossa séptica. Lixo: coletado semanalmente.

Nº de pessoas residentes na moradia: 2 pessoas, a gestante e o marido, sendo que no mesmo terreno moram, numa outra casa, seus sogros e, em outra casa também no mesmo terreno, o cunhado com duas sobrinhas. O terreno onde todos moram é bastante grande por tratar-se de um sítio, havendo a distância de aproximadamente 100 metros entre uma casa e outra.

Escolaridade: *ensino médio completo.* Profissão: *do lar, sendo que algumas vezes auxilia o marido no trabalho.*

Problemas de saúde familiares: *não tem conhecimento.*

Problemas de saúde pessoais: *possui febre reumática, e por isso foi encaminhada a uma instituição hospitalar em Florianópolis para o acompanhamento pré-natal de alto risco sob suspeita de insuficiência mitral. Os dados do prontuário informam que foi realizado ecografia e como as válvulas apresentam-se normofuncionais, foi então liberada para o acompanhamento pré-natal de baixo risco.*

Antecedentes ginecológicos

Início vida sexual: *18 anos, quando casou.* Tem parceiro fixo? *Sim, seu marido.*

Exame preventivo de CA de colo uterino: *o último foi no início do ano (06-01-2003). Os dados registrados atestam que apresentava leucorréia amarelada abundante, sendo realizado tratamento com Tinoral® e Metronidazol creme®.*

Alguma queixa (dispareunia, corrimento...): *atualmente não.*

Método contraceptivo: *relata que usava pílula contraceptiva oral no início do casamento. Parou para tentar engravidar.*

Antecedentes obstétricos

Gesta: *I* Aborto: ϕ espontâneo: - provocado: - curetagem: -

Para: ϕ domiciliar: - hospitalar: - Cesárea: -

Idade dos filhos: -

Intercorrência nas gestações, partos e puerpérios: -

Aleitamento materno: *pretende amamentar.* Quanto tempo: *o tempo que for necessário.*

Conhecimentos sobre a amamentação: *relatou que as mamas estão doloridas e diz achar que o "bico do peito está rachando".*

b) Exame físico

Observação do estado geral: *a gestante é disposta, comunicativa, expressão facial alegre, preocupada com a possibilidade de ter aumentado muito de peso.*

Inspeção da pele: *íntegra, corada, hidratada.*

Inspeção do couro cabeludo: *íntegro, sem sujidades aparentes, cabelos lisos, compridos, castanho claro.*

Inspeção da face, mucosas oculares e boca: *corada, íntegra, pequenos pontos de cloasma grávidico, mucosa bucal íntegra, presença de todos os dentes e em bom estado de conservação.*

Palpação da tireóide e gânglios: *sem nódulos ou hipertrofias.*

Inspeção, palpação e expressão das mamas: *mamas globosas, simétricas, pequena quantidade de estrias em quadrantes externos, doloridas à palpação, colostro presente à expressão, mamilos protrusos e sem presença de fissuras.*

Observação da pele abdominal (estrias, linha nigra, silhueta): *pele íntegra, sem estrias, não apresenta linha nigra, silhueta (barriga) avantajada comparada ao corpo.*

Altura uterina (AU): 36cm Circunferência abdominal: 104 cm BCF: 124 bpm

Manobras de Leopold:

a) Apresentação: *cefálica* b) Situação: *longitudinal* c) Posição: *esquerda*

Inspeção da genitália externa: *não foi observada, uma vez que já havia realizado preventivo anteriormente.*

Inspeção de MMII: *relatou edema esporádico no final do dia, mas ao exame não apresentou edema ou varizes.*

PA: 100/70 mm Hg FC: 68 bpm FR: 16 mpn Temperatura: 36,4° C

Altura: 1,60 m Peso: 75 Kg

3. Autocuidado Desenvolvimental

A gravidez foi planejada? *Sim, há algum tempo queria engravidar e parou de tomar a pílula contraceptiva.*

Deseja a gravidez? *Muito, ela e sua mãe demonstram muita felicidade com a chegada do bebê. Relata que seu esposo também está muito feliz.*

Como se sente grávida? *Relata sentir-se bem apesar do desconforto de estar "grande".*

Situação familiar e econômica atual: *mora com o marido que trabalha na empresa extrativista do pai, sendo essa a fonte de renda de toda a família. A gestante diz que também trabalha na empresa quando necessário.*

O que muda com a gravidez (aspectos positivos e negativos): *"só vejo coisas boas. Minha família vai estar completa e a minha gravidez está sendo muito feliz. O único problema é a barriga muito grande".*

Apresenta algum problema ou desconforto: *relata estar sentindo um pouco de “dor nas costas” (lombalgia) e “na barriga”, principalmente quando está em pé.*

Tem alguma dúvida em relação à questão sexual na gravidez? *A gestante refere que continuou mantendo relações sexuais normalmente até o mês passado, mas agora a frequência diminuiu devido ao tamanho da barriga. Mas em momento algum disse ter aversão ao marido.*

Relacionamento com outros filhos: *não tem outros filhos.*

Relacionamento com companheiro: *relata amar muito seu marido e “se dar bem” com ele.*

Conhecimentos a respeito do trabalho de parto, cuidados puerperais e com o RN: *nesta consulta o tema não foi abordado devido ao pouco tempo disponível para realização da consulta.*

4. Autocuidado de Desvio de Saúde

Perspectiva médica da situação da gestante:

a) dados significativos provenientes do prontuário, do resultado de exames e/ou do contato direto com o médico: *apresentou um episódio de infecção do trato urinário (ITU), sendo assintomático, e detectado no início da gestação (abril), na primeira bateria de exames. Tratado com Cefalexina® tendo bom resultado de acordo com exame para controle. Solicitado VDRL, hemograma e EPU.*

b) dados relatados pela gestante relacionados com diagnósticos e condutas médicas: *não houve.*

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Data: 03/11/2003

Classificação do déficit de AC	Diagnóstico de enfermagem
1) Universais	<i>Não houve.</i>
2) Desenvolvimentais	<i>2. a) Estresse relacionado com a preocupação com o aumento de peso e crescimento demasiado da barriga. 2. b) Déficit de adaptação em relação às modificações fisiológicas no organismo grávido.</i>
3) De desvios de saúde	<i>3. a) Risco para reincidiva de infecção do trato urinário.</i>

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PROMOTORAS DE AC

Data: 03/11/2003

Meta	Ação de Enfermagem	Objetivo	Sistema de Enfermagem
<p>2.a) Reduzir o estresse e a preocupação.</p> <p>2.b) Fornecer informações a respeito das modificações que ocorrem com a gravidez para promover maior adaptação ao período gestacional.</p> <p>3.a) Prevenir a reincidiva de ITU.</p>	<p>2.a) Orientar a gestante sobre como está o desenvolvimento do bebê e normalidade do aumento de peso embasado no nomograma. Sugerir o uso de óleos ou cremes no corpo, especialmente na barriga e seios (evitando o mamilo) para evitar o aparecimento de estrias.</p> <p>2.b) Orientar através de diálogo acerca das modificações que estão acontecendo com o corpo da gestante, enfatizando o desconforto nas mamas e os cuidados para prevenir fissuras no mamilo. Orientar a gestante quanto ao benefício do uso de um coxim sob a barriga quando deitada para diminuir a lombalgia.</p> <p>3.a) Orientar para o autocuidado na prevenção da reincidiva de infecção do trato urinário (manter padrão de ingestão hídrica, evitar estase urinária, manter higiene genital adequada).</p>	<p>2.a) A gestante dirá que está sentindo-se menos preocupada, pois compreende que seu peso encontra-se dentro dos padrões esperados para sua idade gestacional.</p> <p>2.b) Calêndula demonstrará interesse em adquirir conhecimentos acerca das modificações no seu organismo, bem como se proporá a fazer uso de um apoio para o abdome, visando assim diminuir o desconforto.</p> <p>3.a) A gestante se proporá a seguir as orientações de autocuidado para prevenir reincidiva de ITU.</p>	<p>2.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório.</p> <p>2.b) Apoio-educação e parcialmente compensatório.</p> <p>3.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório.</p>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 14/11/2003 (Visita domiciliar)

2.a) Manteve o déficit, pois relatou estar muito “agoniada” com o tamanho da barriga, que tem aumentado visivelmente.

2.b) Demonstrou maior conhecimento sobre as mudanças decorrentes da gestação, relatando que já está saindo colostro do seu peito e que fez um furo no sutiã para evitar rachaduras. Disse ainda que está tentando expor os seios ao sol pela manhã, horário em que o sol bate na janela do seu quarto.

3. a) Manteve o déficit, porém relatou que está seguindo as orientações dadas pelas acadêmicas.

Dados novos: a gestante nos recebeu muito bem, parecendo feliz com nossa presença. Mostrou-se um pouco ansiosa com a possibilidade do nascimento do bebê acontecer em breve e relatou achar que a gravidez não vai até a data provável do parto. Relatou ainda que começou a sair um “líquido pela vagina”, com características sugerindo ser o tampão mucoso. Ela nos mostrou sua casa, que aparentava limpeza, fez questão de mostrar o berço e as roupinhas do bebê, também nos mostrou o terreno de sua casa. Durante a visita conhecemos sua sogra e seu marido, todos demonstraram ter bom relacionamento e estarem ansiosos com a chegada do bebê. Nesse dia levamos o “Manual da Futura Mamãe” (confeccionado no contexto do grupo de gestantes) e aproveitamos para dar orientações gerais sobre o trabalho de parto e preparação das mamas para o aleitamento.

PA: 120/80 mm Hg, apresentava edema em membros inferiores (++)

Já aproveitamos a ocasião para ver laudo da última USG realizada (que ainda não havíamos visto), no dia 07/11. Constava presença de um feto GIG (grande para a idade gestacional) do sexo masculino, pesando 3.285g, IG: 36 semanas e 1 dia, BCF: 150 bpm, LA (líquido amniótico): normal. Explicamos para a Calêndula que estava tudo dentro dos padrões fisiológicos esperados para esta etapa do período gestacional.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Data: 14/11/2003

Classificação do déficit de AC	Diagnóstico de enfermagem
1) Universais	<u>1. a) Déficit no retorno venoso em membros inferiores.</u>
2) Desenvolvimentais	2. a) <i>Déficit mantido.</i> 2. b) <i>Desenvolvimento para o autocuidado em andamento.</i>
3) De desvio de saúde	3. a) <i>Déficit mantido.</i>

Observação: os diagnósticos sublinhados referem-se aos novos diagnósticos.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PROMOTORAS DE AC

Data: 14-11-2003

Meta	Ação de Enfermagem	Objetivo	Sistema de Enfermagem
1.a) Favorecer o retorno venoso em membros inferiores, reduzindo o edema. 2.a) Manter a meta anterior. 2.b) Manter a meta anterior. 3.a) Manter a meta anterior.	1.a) Orientar a gestante para repousar em decúbito lateral esquerdo várias vezes ao dia, sempre que possível e elevar as pernas quando sentada. 2.a) Reforçar a orientação à gestante sobre como está o desenvolvimento do bebê e normalidade do aumento de peso embasado no nomograma. 2.b) Abrir espaço para a gestante expressar dúvidas e reforçar orientações dadas anteriormente. Reforçar o benefício do uso do um coxim, bem como a manutenção de uma	1.a) A gestante se proporá a repousar em decúbito lateral esquerdo e elevar as pernas quando sentada. 2.a) A gestante continuará dizendo que está sentindo-se menos preocupada, pois compreende que seu peso encontra-se dentro dos padrões esperados para sua idade gestacional. 2.b) Calêndula continuará demonstrando interesse em adquirir conhecimentos acerca das modificações no seu organismo, também continuará usando um apoio para o abdome e manterá	1.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 2.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 2.b) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 3.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório.
	postura correta para diminuir a lombalgia 3.a) Reforçar orientações para o autocuidado na prevenção da reincidiva de infecção do trato urinário.	uma postura correta, visando assim diminuir o desconforto. 3.a) A gestante continuará seguindo as orientações de autocuidado para prevenir reincidiva de ITU.	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 18/11/2003 (Consulta de enfermagem)

1. a) Relatou que vem repousando em decúbito lateral esquerdo sempre que pode. No fim do dia tem erguido as pernas e, por isso, o edema tem ocorrido com menor frequência.
2. a) Mostrou-se menos preocupada com o ganho ponderal. Provavelmente compreendeu e aceitou que está dentro dos parâmetros fisiológicos para sua idade gestacional. Estava mais tranqüila ao perceber que manteve o peso desde a última consulta.
2. b) Não demonstrou mais dúvidas ou temores a respeito das alterações gravídicas.
3. a) Manteve o déficit, porém relatou que está seguindo as orientações dadas pelas acadêmicas.

Dados novos: a gestante relatou que esteve no Hospital no dia anterior, devido ocorrência de contrações uterinas irregulares. Segundo informações da própria gestante, foi verificado 1cm de dilatação e realizado cardiotoco que não detectou alteração. Nesta consulta, a gestante referiu várias dúvidas: *"Como é um dedo de dilatação? Vai enfiando o dedo... e se encostar na cabeça do bebê só com um pedaço do dedo é 1 centímetro de dilatação. Se colocar a metade do dedo é 2 centímetros... em 10 centímetros dá para enfiar a mão toda?"*. Foi orientada sobre o apagamento e dilatação cervical com auxílio do modelo pélvico. Questionou ainda sobre o cardiotoco. Queria saber se o coração do bebê estava normal, se era normal a barriga endurecer quando tem contração. As dúvidas foram respondidas e, como o resultado do EPU estava indicando ITU, foi orientada sobre a possibilidade de as contrações terem ocorrido por esse motivo. Calêndula ainda referiu que estava muito tranqüila e que tinha certeza de que teria um bom parto normal.

IG: 37 semanas e 5 dias pela USG, AU: 38 cm, cir. abd: 109 cm, BCF: 144 bpm, PA: 100x70 mm Hg, peso: 75 Kg, apresentação cefálica/longitudinal/direita, pólo imóvel e escava completamente ocupada.

Hemácias: 4.070.000/mm³, hematócrito: 35%, hemoglobina: 11g/100ml.

Ao EPU detectou-se o segundo episódio de ITU assintomático, onde os valores alterados eram leucócitos: 180.000/ml e hemácias: 15.000/ml. A avaliação foi realizada em conjunto com o médico que prescreveu tratamento com Cefalexina® (1 cp 8/8 por 7 dias) e Sulfato Ferroso® (1 cp no almoço).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Data: 18/11/2003

Classificação do déficit de AC	Diagnóstico de enfermagem
1) Universais	1. a) <i>Desenvolvimento para o autocuidado em andamento.</i>
2) Desenvolvimentais	2. a) <i>Desenvolvimento para o autocuidado em andamento.</i> 2. b) <i>Déficit potencialmente sanado.</i> <u>2. c) Déficit de conhecimento sobre trabalho de parto e parto.</u>
3) De desvio de saúde	3. a) <i>Déficit substituído pelo 3. b).</i> <u>3. b) Risco de trabalho de parto prematuro devido ITU assintomática.</u>

Observação: os diagnósticos sublinhados referem-se aos novos diagnósticos.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PROMOTORAS DE AC

Data: 18/11/2003

Meta	Ação de Enfermagem	Objetivo	Sistema de Enfermagem
1.a) Manter a meta anterior. 2.a) Manter a meta anterior. 2.c) Fornecer informações à gestante sobre trabalho de parto e parto. 3.b) Prevenir a ocorrência de trabalho de parto prematuro.	1.a) Reforçar orientações dadas anteriormente. 2.a) Continuar enfatizando a normalidade do ganho de peso com auxílio do nomograma. 2.c) Abrir espaço para a gestante expressar dúvidas e esclarecê-las. 3.b) Orientar sobre a importância do correto tratamento da ITU na prevenção do trabalho de parto prematuro.	1.a) A gestante continuará se propondo a repousar em decúbito lateral esquerdo e elevar as pernas quando sentada. 2.a) A gestante continuará dizendo que está sentindo-se menos preocupada, pois compreende que seu peso encontra-se dentro dos padrões esperados para sua idade gestacional. 2.c) Calêndula questionará sobre trabalho de parto e parto. 3.b) A gestante demonstrará entendimento sobre a relação entre a ITU e o trabalho de parto prematuro e se proporá a realizar o tratamento corretamente.	1.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 2.a) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 2.c) Apoio-educação e parcialmente compensatório. 3.b) Apoio-educação e parcialmente compensatório.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

No dia 25/11 recebemos, por telefone, a notícia de que Calêndula havia entrado em trabalho de parto às 23 horas do dia 24/11, sendo que o parto normal ocorreu às 4 horas do dia 25/11, o bebê do sexo masculino pesou 3.850g.

O último encontro com Calêndula ocorreu no dia 28/11 no grupo de gestantes, quando ela veio acompanhada da mãe, do marido e do bebê. Neste dia parecia estar muito feliz. Relatou que *“o parto foi maravilhoso. É claro que a parte da dor não, mas eu vi ele saindo. Foi muito bom!”*.

Além de desenvolvermos as quatro etapas constituintes do processo de enfermagem com cada gestante, antes de iniciar a prática propriamente dita, havíamos projetado como estratégia para o alcance deste objetivo, a realização de **visitas domiciliares**, que se tornaram, no processo assistencial, fecundas ferramentas para que pudéssemos aprofundar e compreender melhor os déficits de autocuidado e também para avaliarmos os progressos da gestante em relação ao autocuidado. Em razão de sua importância, abordaremos a seguir alguns aspectos mais relevantes relacionados às visitas domiciliares.

A importância da visita domiciliar vem sendo ressaltada na área da saúde como instrumento de aproximação dos profissionais no ambiente familiar, pois é nesta instância que se desenvolvem e se recriam formalmente as ações cotidianas de autocuidado. Inserir-se nesse contexto, entretanto, não é tarefa fácil, mesmo sendo um valor extremamente almejado na proposta de atuação do Programa de Saúde da Família (PSF). Assim, percebemos que para buscar semear formas para promoção e manutenção da saúde, há necessidade de um profundo respeito à vida das famílias, disposição de compartilhar experiências e trocar informações e, principalmente, não julgar, mantendo-se os objetivos desta “estratégia”, nos limites dados pelo consentimento da família, pelas suas crenças, valores e modos de ser. Quando estes ingredientes são efetivamente colocados em prática pelos profissionais, percebe-se que há maior envolvimento das pessoas, inclusive para, em conjunto com os profissionais de saúde, avaliarem se as ações de autocuidado desenvolvidas no cotidiano estão sendo ou não benéficas, diante das metas assistenciais traçadas em conjunto.

No desenvolvimento da nossa prática assistencial, a visita domiciliar constituiu-se de uma estratégia importante para construir junto com a mulher grávida que atendemos, um caminho

direcionado para uma gravidez saudável. Nas seis visitas que realizamos, tivemos como objetivo principal, dar continuidade à consulta de enfermagem realizada no CS, proporcionando um momento de maior intimidade, inseridas no cotidiano da gestante, subsidiando dados para a construção do processo de enfermagem. As visitas também tiveram o intuito de captação de gestantes para as reuniões do grupo de gestantes, como será explicitado na descrição do próximo objetivo.

Outro ponto muito importante na realização das visitas em domicílio foi o trabalho em conjunto com os agentes comunitários de saúde. Estes se envolveram em nosso trabalho efetivamente, sempre dispostos a contribuir de alguma forma, seja agendando visitas junto as gestantes, divulgando e convidando as mulheres grávidas para os encontros do grupo de gestantes em estruturação, ou mesmo acompanhando-nos nas mesmas. Sem essa participação comprometida dos ACS, certamente não seria possível alcançar o mesmo êxito, tanto na estruturação do grupo de gestantes, mas principalmente na realização das visitas domiciliares.

Antes mesmo de realizar cada visita, tivemos a oportunidade de debater junto com o agente comunitário, responsável pelo acompanhamento daquela família, mais especificamente, da gestante que visitaríamos, qual ou quais os aspectos que na opinião dele seriam interessantes de serem abordados naquele encontro. Fazendo assim um planejamento conjunto, proporcionando maior sucesso no desenvolvimento da visita.

Como já dissemos, além da participação dos ACS no agendamento da visita domiciliar junto a gestante, dois participaram juntamente conosco da visita, reforçando as orientações que fornecíamos. Devido ao fato deles já desfrutarem da confiança dessas mulheres, este reforço por parte deles era como uma validação das nossas orientações.

Percebemos que durante a visita domiciliar, como a mulher estava em seu ambiente “naturalístico”, era mais fácil deixar a timidez de lado, realizando questionamentos que, dentro do consultório, ela mais dificilmente faria. Como, por exemplo, Orquídea, que nas consultas sempre se mostrou tímida e durante a visita que realizamos em sua casa estava mais falante e espontânea.

A visita que fizemos à Dália, acompanhadas da ACS da microárea 1, foi muito rica, pois durante a consulta no CS, devido ao tempo, não foi possível discutir várias das dúvidas que ela referiu. Aproveitamos a visita para complementar as orientações fornecidas como, por exemplo, com relação à alimentação durante a gestação, a realização de exames, entre outras. Como ela

não foi ao encontro do grupo de gestantes, na oportunidade da visita, entregamos a cartilha sobre trabalho de parto e preparo das mamas para amamentação.

Dália apresentou vários questionamentos: *“tem problema ir ao dentista, quando tá grávida? É que tem gente que diz que não pode. Que pode dar hemorragia, que não pode fazer anestesia”*. *“É verdade que a mulher depois que ganha o bebê, e um pouco antes, pode ficar com depressão, irritada?”*. *“De quanto em quanto tempo, tem que dar a mama? Como vou saber se o choro é de fome ou não?”*. *“Pra ganhar prematuro depende da mulher ou tem como prevenir?”*.

Conversamos bastante sobre essas e outras dúvidas que ela expressou. Ela se mostrou bastante interessada em aprender. Convidamos para que ela participasse dos encontros do grupo de gestantes, pois nestes encontros também eram tiradas várias dúvidas e seria um local onde ela poderia aprender junto com outras gestantes, compartilhando conhecimentos. Ela falou que iria fazer o possível para ir aos próximos encontros.

Com Rosa também tivemos a oportunidade ímpar de realizar educação em saúde de forma bastante participativa durante a visita. Esta gestante referiu, durante as consultas no CS, vários déficits de conhecimentos que todos (acadêmicas e gestante) julgávamos imprescindíveis de serem sanados para que ela pudesse ser agente fortalecida de seu próprio cuidado. Pois, mesmo sendo sua sétima gestação, ela não fazia idéia de como o bebê ficava dentro de sua barriga, achando que ele ficava solto entre as vísceras, desconhecendo a presença do útero em seu corpo. Tanto que relatou ter receio de manter relações sexuais com seu companheiro durante a gravidez, temendo causar algum dano ao concepto. Diante disso, buscamos através de uma maquete da pelve feminina e de figuras ilustrativas dar uma outra idéia à gestante sobre como era seu corpo “por dentro” e como estava o bebê dentro de sua barriga. Ao olhar mais atentamente para a maquete que estava sobre a mesa, ela exclamou: *“quando vi isso daí em cima da mesa, achei que fosse garrinhas de siri. Não parece mesmo um siri?”*.

Rosa certamente ancorava os significados sobre seu próprio corpo e o mundo circundante a partir da realidade concreta do cotidiano vivido em uma comunidade pesqueira. Ela fez uma relação das trompas uterinas com um elemento familiar para ela, o siri, já que desconhecia o sistema reprodutor feminino, do ponto de vista apresentado pelos profissionais de saúde. Então explicamos, numa linguagem compreensível, qual era o significado que nós profissionais imprimíamos ao útero e anexos associados. Quando mostramos uma figura onde aparecia um

bebê dentro do útero, Rosa não conteve a emoção e chorou, nos emocionando também, pois esse momento de descoberta da gestante sobre o próprio corpo foi mágico para todos nós.

Realizamos também uma visita domiciliar em uma das micro-áreas mais distantes do CS, a micro-área 9, na comunidade do Sertão do Campo, tanto que para nos deslocarmos até lá foi necessário a solicitação e agendamento de um veículo da prefeitura para fazer o traslado de ida e volta.

Essa visita foi realizada na casa da gestante Calêndula, num local muito bonito, em contato com a natureza, terreno amplo, onde também ficam as casas da sogra e sogro, e de um cunhado. É um local bem distante e de difícil acesso. Calêndula estava muito feliz e ansiosa com a chegada do primeiro filho, relatando que em função da distância, principalmente nesses últimos dias de gestação, iria ficar na casa da sua irmã no centro de Palhoça, por ser mais perto do Hospital Regional de São José, onde provavelmente teria seu filho. Explicamos sobre os pródromos do trabalho de parto e sobre o trabalho de parto propriamente dito. Ela nos ofereceu um café, que preparou especialmente para a nossa visita e fez questão de nos mostrar suas tartarugas de estimação que tem no quintal. Conhecemos também sua sogra e seu sogro. Quando já estávamos de partida, chegou seu marido e conversamos um pouco com ele, que também estava muito feliz e ansioso com a chegada de seu primogênito.

Realizamos juntamente com o ACS da microárea 8 – Morretes II, duas visitas domiciliares. A primeira visita foi na casa de Hortênsia que nos recebeu muito bem. Uma das acadêmicas já havia feito-lhe uma visita indireta, quando foi realizar curativo em seu marido que sofreu um acidente. Então já existia um certo vínculo pré-estabelecido, tornando a visita mais espontânea. Durante a visita, Hortênsia referiu não sentir nenhum desconforto, porém relatou que não pôde fazer os exames agendados devido ao fato de estar cuidando do marido que ainda se recuperava do acidente. Então ficamos com a requisição, nos comprometemos em realizar a nova marcação dos exames e informá-la sobre a nova data para realizar os exames, frisando a importância de realizar os mesmos para assim diagnosticar precocemente qualquer desvio de saúde. Terminando a visita, pedimos permissão para tirarmos uma foto, ela logo consentiu assinando o termo de autorização.

Logo depois fomos para a casa de Girassol, gestante que é vizinha de Hortênsia. Tanto Girassol, quanto nós, estávamos um pouco retraídas no início da visita, mas logo ‘o gelo foi quebrado’. Pedimos para olhar seu cartão de gestante e ela lembrou que também tinha resultados

de exames para mostrar. Ao avaliarmos os exames, percebemos que a gestante estava com uma infecção urinária bastante avançada (leucócitos= 416.000.000). Explicamos os riscos que este resultado significava durante a gestação, dizendo que seria importante ter atendimento médico, pois necessitava tomar medicamentos. Chegando no CS explicamos o caso de Girassol ao médico, que no mesmo momento fez a prescrição (antibiótico). Como o medicamento estava disponível na unidade, o encaminhamos, juntamente com a receita, através do ACS, para que Girassol comesse o tratamento. Ligamos para ela e explicamos como deveria tomar a medicação enviada.

Percebemos que as visitas domiciliares realizadas foram muito proveitosas, pois como acadêmicas pudemos desenvolver nossa prática assistencial de uma forma diferenciada do que quando atuávamos no CS, além de contribuir no aprofundamento dos “dados” de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde. Mas, sobretudo, acreditamos que nossas visitas tiveram ainda maior importância para as gestantes que visitamos, pois além de referirem que estávamos contribuindo positivamente no acompanhamento da assistência pré-natal, estávamos também renovando e revitalizando nossos papéis como mulheres e seres humanos profundamente interessadas nas questões relacionadas com o processo do nascimento.

Reflexão sobre o alcance do objetivo:

Consideramos este objetivo alcançado, pois realizamos um número bem maior de consultas pré-natal de enfermagem que o planejado. Ao realizarmos as consultas, desenvolvemos e aplicamos o processo de enfermagem sob a ótica do autocuidado da “Teoria Geral de Enfermagem”.

Com base neste referencial metodológico, utilizamo-nos de vários instrumentos a fim de estimular o autocuidado, identificando os déficits do mesmo e traçando planos de assistência em enfermagem. Por ser o autocuidado uma ação conjunta entre a mulher grávida, a enfermagem e o meio em que ela vive, esses planos de assistência foram na sua grande maioria implementados, avaliados e debatidos durante as consultas, visando maior viabilidade.

Além disso, como já relatamos, realizamos várias visitas que tiveram o propósito de aprofundar a coleta de dados, compreender melhor os déficits de autocuidado e avaliar a assistência prestada, acrescido ainda da intenção de sensibilizar as mulheres para a

implementação do grupo de gestantes junto ao Centro de Saúde. Em razão do que registramos e conquistamos, consideramos que este objetivo foi plenamente atingido.

6.2 INTERAGINDO COM A EQUIPE E PLANEJANDO O GRUPO DE GESTANTES

Declaração do objetivo 2

Participar e contribuir nos trabalhos desenvolvidos pela equipe multiprofissional do Centro de Saúde, no atendimento às gestantes e na estruturação e planejamento dos encontros do grupo de gestantes.

Descrição das ações relacionadas

Nos primeiros dias de estágio observamos a rotina do Centro de Saúde e prestamos auxílio no desenvolvimento geral do processo de trabalho, sempre que foi necessário ou sempre que nos foi solicitado. No decorrer do estágio procuramos aproveitar todas as oportunidades para interagir com a equipe do CS, buscando conhecê-los melhor, nos deixar conhecer e procurar estabelecer uma relação cordial, cooperativa e de confiança. Para tanto, colocamo-nos à disposição da equipe, sempre que possível, para participar e contribuir nos trabalhos desenvolvidos no CS, não só naqueles que diziam respeito à saúde da mulher grávida, como havia sido planejado previamente. Auxiliamos a equipe de enfermagem de nível médio na realização de curativos, vacinas, na marcação de consultas, triagem, punção venosa e administração de medicamentos. Realizamos outros cuidados referentes à saúde da mulher, como por exemplo, realização de exames preventivos de câncer de colo uterino, exames preventivos de câncer de mama, aconselhamento para realização de exame anti-HIV, agendamento de consulta para as gestantes com a dentista, marcação de exames. Achemos necessária essa mudança em nossa estratégia, desde que não interferisse em nossa assistência à gestante, pois conseguimos nos aproximar mais da equipe, interagindo e aprendendo, conquistando gradativamente sua confiança e respeito.

Para promover uma maior interação com a equipe, principalmente a de enfermagem, e também por tornar-se mais prático para nós, decidimos que durante um período do estágio almoçaríamos junto com eles no CS, o que já nos havia sido proposto pelos próprios profissionais. Essa estratégia nos proporcionou uma convivência mais íntima com todos, uma

relação mais informal e maior abertura para expor nossas idéias e buscar conhecer as idéias de cada um.

Também tivemos a possibilidade de nos aproximar e trocar experiências com a odontóloga, com o médico e com a enfermeira supervisora. Sempre se mostraram interessados em saber como estava nosso estágio, se estávamos gostando de morar na comunidade e diversas vezes nos procuraram para saber nossa opinião a respeito de algum assunto relativo ao CS ou ao pré-natal de determinada gestante. Tivemos um contato mais próximo com nossa supervisora, que nos ajudou muito em nossa aproximação com a gestante, com a equipe de saúde e com a comunidade, mostrando-se confiante em nosso trabalho, compartilhando conosco seus conhecimentos e nos incentivando a buscar um aprimoramento maior a cada dia.

Esse contato com a equipe enriqueceu muito nosso estágio e nos deixou confiantes, pois os profissionais se mostraram receptivos e interessados em nosso trabalho, trocando experiências, nos transmitindo seus saberes e nos questionando sobre os nossos. Algumas vezes, nos encontrávamos depois do horário de funcionamento do CS para um *happy hour* em algum barzinho na comunidade, além de trocar experiências profissionais, trocamos experiências pessoais, tornando a nossa relação amigável, respeitosa e cordial.

A relação que estabelecemos com os Agentes Comunitários de Saúde teve um grande significado na realização do nosso trabalho, pois através deles pudemos nos aproximar das gestantes e de suas famílias, entrando em seus lares, conhecendo sua realidade, fazendo com que estas famílias nos conhecessem e apresentando nossa proposta a elas de uma forma simples e informal, mas bastante satisfatória.

Os ACS sempre foram muito receptivos e interessados em nossas idéias, trazendo-nos os problemas que a comunidade e, em especial, as gestantes enfrentavam e também nos trazendo idéias para melhor nos aproximarmos dessas mulheres. Mostraram-se disponíveis e entusiasmados em realizar visitas domiciliares e territorialização conosco e foram bastante colaborativos com o nosso trabalho. Durante a territorialização conhecemos a área de abrangência do CS, o que facilitou e permitiu a construção de um mapa que nos guiou no desenvolvimento da prática. Esse mapa foi doado ao CS, pois o mesmo não dispunha de nenhum mapa completo da região.

Antes mesmo do início do estágio soubemos, por informação da enfermeira supervisora, que em 2002 houve uma tentativa por parte dos profissionais do CS de estruturar um grupo de gestantes na comunidade. Segundo a equipe, não houve adesão das gestantes, resultando na interrupção das atividades com grupos de gestantes, conforme já explicado na metodologia.

Sabendo que enfrentaríamos alguns desafios na tentativa de reestruturação do grupo, desenvolvemos previamente algumas estratégias que nos ajudaram a alcançar o objetivo delineado. Sabíamos antecipadamente que precisaríamos sensibilizar de alguma forma todas as pessoas envolvidas nesse processo, pois o sucesso do grupo de gestantes dependeria de seu entusiasmo, interesse, vontade e, principalmente, participação. Procuramos saber quais eram as expectativas da equipe quanto ao grupo de gestantes, suas sugestões para realizá-lo e em que poderiam contribuir.

Durante uma reunião informal que tivemos com a enfermeira, o médico e a dentista, discutimos alguns aspectos práticos como a data, horário e local do primeiro encontro do grupo, quem conduziria o encontro e quais os temas que seriam abordados. Sugerimos aos profissionais que consultassem sua agenda para nos informar sobre o melhor dia, pois achávamos importante que houvesse a participação de todos, principalmente nesse primeiro encontro. Em conjunto com a equipe, decidimos que o encontro seria marcado para dia 24/10/03 às 15 horas, na sala de reuniões do CS. Decidimos também que tentaríamos manter os próximos encontros com frequência quinzenal, no mesmo horário e local. Sugerimos à equipe não abordarmos nenhum tema específico com as gestantes nesse primeiro encontro, pois nosso intuito era realizar um planejamento participativo a partir desse encontro, onde as gestantes, a equipe e as acadêmicas formulariam temas que fossem de interesse para o grupo e com o tema decidido desenvolveríamos manuais que serviriam de suporte para as gestantes.

Nossa proposta para o primeiro encontro era que todos se apresentassem e explicassem quais eram suas expectativas em relação ao grupo de gestantes através de uma dinâmica. Também nos colocamos à disposição para conduzir esse primeiro encontro. Nossas sugestões foram aprovadas pela equipe, o que nos deixou bastante entusiasmadas. Com esses detalhes já resolvidos, começamos a montar algumas estratégias para captação das gestantes.

Durante a primeira semana de estágio houve uma reunião entre a enfermeira supervisora, os ACS e os demais profissionais do CS. Pedimos autorização para a enfermeira para participarmos da reunião. Aproveitamos essa oportunidade para nos apresentarmos aos ACS,

apresentar resumidamente a nossa proposta assistencial enfocando o grupo de gestantes e sua importância como um instrumento de ensino do autocuidado. Explicamos que o sucesso do grupo dependeria da participação de todos e que contávamos com a participação também dos agentes para divulgar o grupo e captar ou nos informar sobre as gestantes que, porventura, ainda não tivéssemos tido contato. Os ACS foram bastante receptivos com a nossa proposta durante todo o período de nossa estadia na comunidade, demonstrando um grande interesse em ajudar a reestruturar o grupo. Participamos de três reuniões formais junto aos ACS, aproveitando todas as demais oportunidades para poder interagir com eles, pois nossa convivência não foi tão freqüente quanto à vivida com a equipe no CS.

A estratégia seguinte seria descobrir uma forma de atrair o interesse das gestantes para o grupo. Nossa intenção era desenvolver um meio de comunicação que fosse simples, contivesse as informações necessárias e que tivesse um pouco do nosso jeito, para que pudéssemos divulgar o primeiro encontro o máximo possível. Resolvemos confeccionar cartazes de cartolina simples, escritos à mão, convidando as gestantes e seus familiares para o grupo, com as informações de data, hora e local. Para deixá-lo um pouco mais atraente e parecido com nosso estilo, fizemos um desenho em forma de pergaminho em volta da cartolina e uma rosa unindo todo o desenho, o que rapidamente tornou-se nossa marca registrada, pois a cada encontro subsequente confeccionamos cartazes seguindo o mesmo modelo. Estes cartazes foram afixados em vários pontos da comunidade, geralmente em locais de maior movimento como supermercados, farmácias e também no Centro de Saúde. Inclusive colocamos um cartaz dentro do consultório da enfermeira, pois toda gestante que lá entrasse, durante nossa ausência, veria o cartaz ou então seria lembrada pela enfermeira sobre o grupo. Durante uma reunião da odontóloga com os agentes, pedimos permissão para entregar alguns cartazes aos ACS para que pudessem divulgar o encontro em suas micro-áreas.

Além da confecção dos cartazes, sabíamos que seriam necessárias outras estratégias para captação das gestantes, pois não sabíamos qual seria o efeito dos cartazes e também se atingiriam toda a população alvo. Um modo de captação aconteceu naturalmente, já que toda gestante que encontrávamos, no CS, no supermercado, na rua ou em outros lugares, convidávamos para participar do grupo. Essa foi uma estratégia que trouxe resultados bastante satisfatórios, pois, além de convidarmos o maior número de gestantes, também nos deixávamos conhecer pela comunidade e vice-versa. Também convidamos várias gestantes através das consultas de pré-

natal que realizamos ou de consultas ou atividades que foram realizadas pelos outros profissionais do CS.

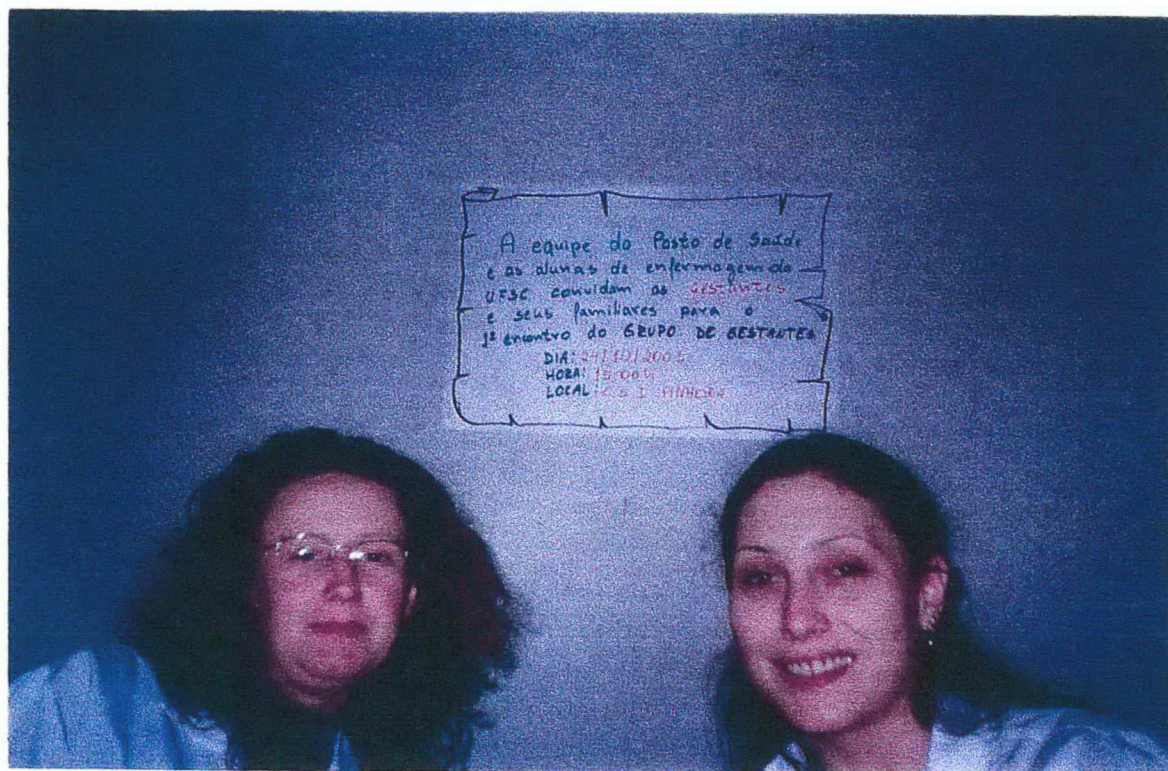


Foto 1: cartaz utilizado na captação de gestantes para o Grupo de Gestantes.

Uma atividade que já sabíamos necessária foi a realização de visitas domiciliares, tanto para a captação de gestantes para o grupo, quanto para coleta de dados que eventualmente fossem necessários, evolução das consultas de enfermagem por nós realizadas e também para conhecer o contexto das gestantes que atendíamos. Para essa atividade, como já relatamos anteriormente, contamos com a colaboração dos ACS, que prontamente nos auxiliaram nessa aproximação com as gestantes e suas famílias. A visita domiciliar mostrou-se bastante eficaz para o sucesso da nossa proposta assistencial, tanto para a reestruturação, quanto no que diz respeito às consultas e aos processos de enfermagem e ainda assim, para convidar as gestantes para o grupo.

A cada visita agendada, consultávamos o prontuário da gestante e o nosso registro, assim poderíamos saber quando havia sido a última consulta, obter outras informações relativas ao acompanhamento pré-natal, quais materiais seriam necessários para realizar a visita e também

podíamos verificar se a gestante havia participado de algum encontro do grupo. Quando a gestante não havia ainda participado de nenhum encontro ou faltado em algum deles, levávamos o manual do encontro anterior conosco e aproveitávamos para conversar a respeito do encontro, dar uma breve explicação sobre o tema discutido naquele dia e entregar o manual. Para que não se torne repetitivo não iremos descrever novamente cada visita, apenas deixaremos registrado que em todas as seis visitas que realizamos, houve o convite de nossa parte para participação no grupo.



Foto 2: acadêmicas realizando visita domiciliar. Foto publicada com autorização assinada pela gestante.

O planejamento que fizemos para o primeiro encontro do grupo consistiu em discutir o esboço de como seria conduzido, o que faríamos para formar um ambiente descontraído e no qual as gestantes pudessem se sentir à vontade. Nosso encontro foi estruturado em três etapas: acolhimento, desenvolvimento e despedida, conforme já explicado no item 5.3.2 da metodologia. Como nesse primeiro contato não desenvolveríamos nenhum tema específico com as gestantes,

escolhemos uma dinâmica para nos conhecermos e também para saber quais as expectativas, de todos os participantes, com relação ao grupo, conforme será explicado, mais detalhadamente, na descrição do objetivo 3.

A proposta para o acolhimento era que tanto a equipe, quanto acadêmicas e as gestantes se apresentassem. Na fase de desenvolvimento propomos que cada participante através de uma dinâmica falasse um pouco de sua personalidade e o quais as expectativas com relação ao grupo. Foi muito interessante essa dinâmica, pois pudemos observar os diferentes aspectos de suas personalidades, como por exemplo, quem era mais falante, qual era mais calada e também conseguimos que o primeiro encontro se desse em um ambiente descontraído e informal.

A despedida se deu em um clima muito descontraído, fomos elogiadas pelas gestantes, que demonstraram muito interesse na continuação dos encontros. Também discutimos qual data seria melhor para o próximo encontro, sendo consenso geral de que seria em 15 dias. A descrição dos encontros, bem como o planejamento de um encontro para o outro, será feita na descrição das ações relacionadas ao objetivo 3.

Os encontros subseqüentes seguiram a mesma estruturação do primeiro, com a diferença de que durante a fase de desenvolvimento abordávamos o tema escolhido previamente e distribuíamos o material informativo, confeccionado por nós em forma de manual.

Pudemos analisar que nosso objetivo de reestruturação do grupo de gestantes foi satisfatoriamente alcançado durante a última reunião formal que tivemos com os profissionais de saúde de nível universitário. Durante essa reunião informamos que o próximo encontro do grupo seria o nosso último, pois nosso estágio estava chegando ao final. Manifestamos nosso interesse em saber quais eram suas opiniões em relação ao desempenho do grupo, suas expectativas para a continuidade do trabalho, enfim, queríamos saber qual a impressão que esses profissionais tiveram do nosso trabalho. Foi muito gratificante saber que todos gostaram muito do nosso trabalho e se comprometeram em dar continuidade às atividades desenvolvidas. Acreditamos que uma frase dita por um dos profissionais resume o pensamento geral da equipe: *antes de vocês chegarem, já estávamos pensando em fazer uma nova tentativa de estruturação do grupo, mas vocês deram o impulso para que realmente acontecesse*. Pudemos presenciar esse tipo de manifestação também da comunidade, quando estávamos nos despedindo do grupo, durante nosso último encontro, uma acompanhante que estava participando disse: *é uma pena que vocês vão embora, tudo que é bom acaba, né?!*. Esse tipo de comportamento foi um fator muito

gratificante de nossa prática assistencial, pois nos deixou com uma sensação de dever cumprido. Sentimos que, de alguma forma, ajudamos essas mulheres a encontrarem o seu modo de autocuidar-se, a serem sujeitos ativos nesse período tão marcante de suas vidas.

Reflexões sobre o alcance do objetivo

Consideramos esse objetivo alcançado, pois conseguimos estabelecer uma interação efetiva com a equipe de saúde do CS, com as gestantes e a comunidade. Também foi alcançado o objetivo de reestruturação dos encontros do grupo de gestantes, pois participamos e contribuimos no planejamento e estruturação do grupo, assim como em todos os trabalhos desenvolvidos pelo CS no atendimento à gestante. Neste sentido, o trabalho em equipe foi preponderante, principalmente porque temos consciência da provisoriedade de nossa prática assistencial, enquanto os profissionais componentes da equipe ali permanecem, necessitando seguir adiante, e imprimindo qualidade continuada às atividades que desenvolvem com as mulheres gestantes.

6.3 DESENVOLVENDO O GRUPO DE GESTANTES

Declaração do objetivo 3

Preparar as gestantes para a maternidade, através do grupo de gestantes, dialogando sobre a gestação e outros assuntos pertinentes a esse período.

Descrição das ações relacionadas

Conforme já dissemos no capítulo da metodologia, planejamos e desenvolvemos 4 encontros de gestantes, sendo que o primeiro deles ocorreu na primeira quinzena da prática assistencial. Neste **primeiro encontro** iniciamos um processo de inclusão, onde participaram 6 gestantes, duas delas acompanhadas de suas mães, o médico e a dentista do CS. Surpreendemo-nos com o número de gestantes que compareceu, pois apesar de terem sido distribuídos vários cartazes e de convidarmos algumas gestantes pessoalmente, ainda tínhamos que nenhuma mulher viesse ao grupo.

Iniciamos o acolhimento (primeira etapa) agradecendo a presença de todos, nos apresentando e explicando a inserção do grupo de gestantes em nosso projeto assistencial. Os

profissionais do CS que estavam presentes, a dentista e o médico, também se apresentaram e fizeram alguns comentários sobre o processo gestacional dentro de suas áreas.

Como optamos por não pré-estabelecer temas para o grupo e nosso objetivo principal nesse primeiro encontro era a aproximação com as gestantes, desenvolvemos uma dinâmica de apresentação para a segunda etapa do grupo. Iniciamos fixando um papel pardo de aproximadamente 3 metros na parede, sendo este dividido em duas partes, onde escrevemos as perguntas: “quem eu sou” e “o que espero do grupo”, uma em cada parte. Em seguida distribuimos duas folhas de papel A4 para cada participante, inclusive nós e os dois profissionais do CS. Explicamos aos participantes que numa das folhas, denominada folha A, eles deveriam responder a primeira pergunta com auxílio do material disponível (revistas, tesoura, cola, canetinhas coloridas...) através de símbolos, palavras ou figuras. Na segunda folha, denominada folha B, deveriam representar suas expectativas em relação ao grupo.

Enquanto a atividade era realizada, colocamos um som ambiente. Algumas mulheres iniciaram a tarefa logo que terminamos a explicação e outras demoraram um pouco, mas no decorrer do tempo passaram a conversar entre elas iniciando uma interação. No final do tempo planejado para responder às perguntas, de aproximadamente 20 minutos, todas já pareciam bem mais integradas. Após todos concluírem suas representações, abrimos espaço para apresentação dos retratos figurados e expectativas com relação ao grupo, sendo que cada participante colaria suas folhas no papel pardo separando cada folha de acordo com as perguntas. Não foi estabelecida uma sequência obrigatória, mas a maioria das gestantes apresentou-se espontaneamente, e poucas precisaram ser mais estimuladas para participarem. Considerando-se suas subjetividades, todas demonstraram interesse na continuidade do grupo. A mãe de Calêndula, ao se apresentar, demonstrou preocupação com a continuidade do grupo questionando: *vocês vão ficar aqui até quando? O grupo vai continuar?*



Foto 3: participantes do 1º encontro do Grupo de Gestantes desenvolvendo a dinâmica.

Foto publicada com autorizações assinadas pelos participantes.

Após as apresentações, servimos um lanche feito por nós e seguimos com a despedida (última etapa), onde foi aberta discussão sobre os temas que as gestantes e seus familiares consideravam de maior relevância para ser abordado no grupo. Neste momento as mulheres já estavam mais à vontade e quase todas se manifestaram sugerindo temas.

Quero saber sobre amamentação. Na outra gravidez só amamentei 3 meses porque doía muito.
(Lírio)

Depois do parto, quando a gente vai para casa, o pessoal diz que não pode comer coisas fortes.
Dá cólica no bebê? (Calêndula)

Percebemos que, dentre a maioria das dúvidas, havia três tópicos que se destacavam: amamentação, parto e cuidados com o bebê. Deixamos claro que só havíamos feito essa seleção de temas para confeccionarmos as cartilhas que seriam distribuídas nos encontros subsequentes coordenados por nós, pois desta maneira o material educativo transmitiria as informações essenciais. Mas, mesmo assim, os encontros não precisariam necessariamente seguir os temas das

cartilhas, ficando sempre aberto o espaço para novos temas que surgiram no decorrer dos diálogos.

Ainda na etapa de despedida elegemos em conjunto uma data para o próximo encontro. Grande parte das gestantes participou, opinando sobre o dia e horário mais propícios. Algumas mulheres até se dispuseram a trazer algo para o lanche do encontro subsequente, o que foi muito significativo para nós, por representar as expectativas positivas das gestantes com relação ao grupo. A mãe de Calêndula chegou a sugerir que o próximo encontro fosse na semana seguinte ao primeiro.

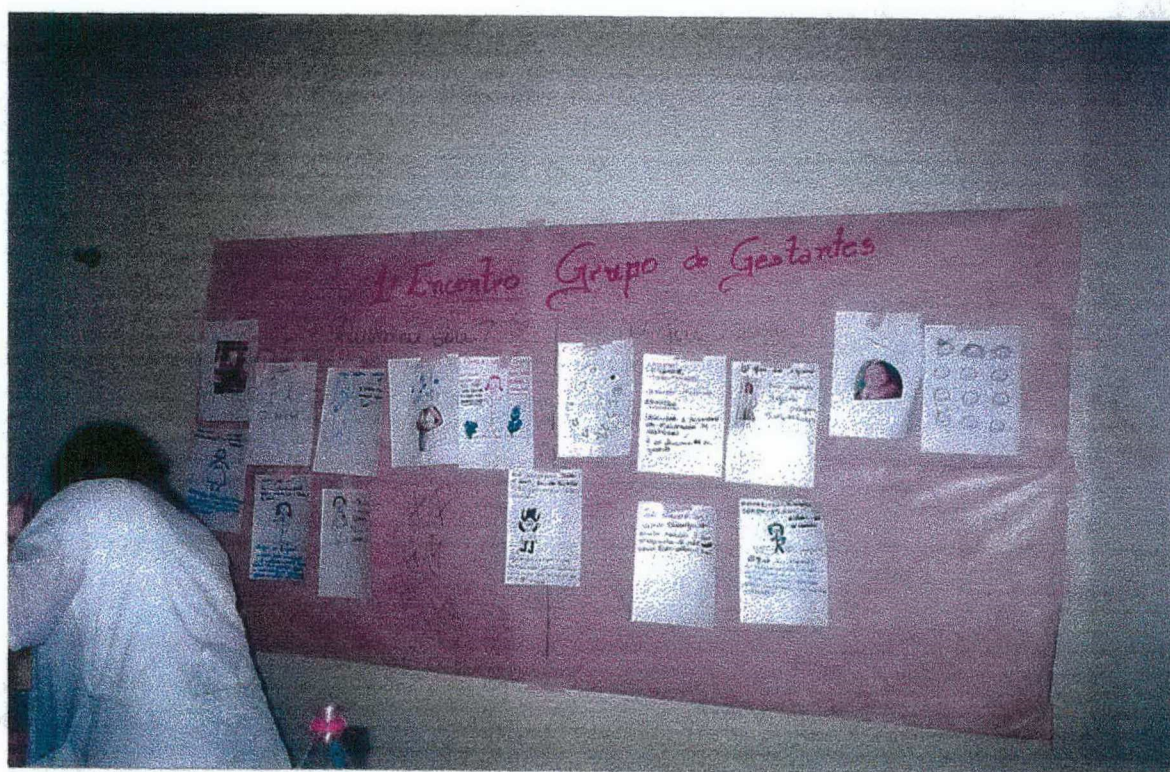


Foto 4: cartaz com o resultado da dinâmica do 1º encontro do Grupo de Gestantes.

O **segundo encontro** do grupo realizou-se, conforme planejado, 15 dias após o primeiro. Para o desenvolvimento deste encontro utilizamos um modelo pélvico e outro de mamas disponibilizados pelo Laboratório de Enfermagem da UFSC e, além disso, fizemos um cartaz com a relação de alguns pródromos do trabalho de parto, abordando também a diferença entre o trabalho de parto falso e o verdadeiro. Este encontro ocorreu num dia chuvoso e, provavelmente por isto, apenas uma gestante compareceu, trazendo um bolo para o lanche, conforme combinado

no encontro anterior. Iniciamos abrindo espaço para a gestante manifestar dúvidas ou algum assunto que ela desejasse abordar, mas ela não se manifestou possivelmente devido à timidez por ter toda nossa atenção concentrada em sua pessoa. Mas, ainda assim, desejou participar. Prosseguimos então apresentando a proposta inicial de falar sobre trabalho de parto, parto e cuidados com as mamas, porém fazendo pausas mais frequentes para estimular a gestante a falar, expondo suas experiências sobre o assunto.

Esse segundo encontro desenrolou-se de maneira menos espontânea que o primeiro. A gestante, apesar de parecer atenta ao que falávamos, pouco se manifestou, questionando apenas uma vez quando falamos sobre a posição do bebê dentro do útero: *o bebê pode ficar atravessado na barriga?* No final do encontro fizemos o lanche com a presença de alguns funcionários do CS.



Foto 5: acadêmicas explicando o trabalho de parto no 2º encontro do Grupo de Gestantes.

Foto publicada com autorização assinada pela gestante.

Optamos por marcar um novo encontro num intervalo de tempo menor e, inicialmente, abordar o mesmo tema do segundo encontro, pois muitas mulheres não participaram deste. Estavam presentes no terceiro encontro 4 gestantes, sendo que apenas uma delas havia

participado do primeiro encontro, também participaram a irmã de uma das gestantes, a enfermeira e a dentista.

Iniciamos o **terceiro encontro** nos apresentando e falando sobre nosso projeto assistencial, pois ainda não havíamos tido um contato com a maioria das gestantes presentes. Em seguida distribuímos a primeira cartilha confeccionada por nós que abordava orientações sobre o trabalho de parto, parto e preparo das mamas para o aleitamento. Na cartilha tratamos dos temas de maneira simplificada e acrescentamos algumas figuras para facilitar a compreensão, conforme pode ser visualizado no anexo 3.

Seguimos dialogando sobre o assunto explanado na cartilha informativa, já que todos concordaram em discutir sobre ele. A dentista colaborou reforçando a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento da musculatura facial e dos dentes. A enfermeira também auxiliou demonstrando, com auxílio da pelve, o mecanismo do parto e o local da episiotomia, momento este em que uma das gestantes, Cravo (gesta I), fazia “cara de espanto” parecendo um pouco assustada, mas, posteriormente, quando questionada sobre suas expectativas com relação ao parto, ela referiu preferir o parto normal à cesárea.

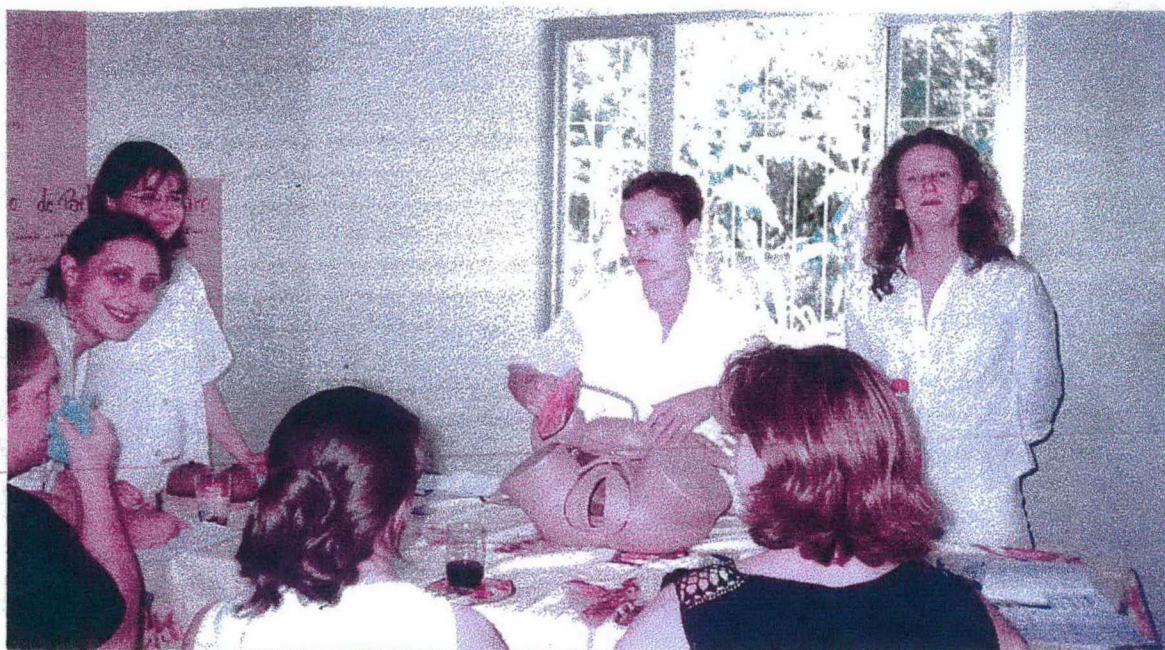


Foto 6: enfermeira explicando o parto normal no 3º encontro do Grupo de Gestantes. Foto publicada com autorização assinada pelos participantes.

últimas horas que antecedem o parto e ela pareceu um pouco mais aliviada. Aproveitamos também para orientar às gestantes que pretendem fazer laqueadura (e que se encontram dentro das características apontadas pelas normas ministeriais), a providenciar o termo de consentimento e levá-lo junto para a maternidade e avisar a todos sobre seu desejo, uma vez que a maioria das gestantes ali presentes, se não todas, têm seus filhos em hospitais da rede pública, onde há vários requisitos para a realização de uma laqueadura tubária e dentre eles está o termo de consentimento assinado pelo casal. Apesar de orientarmos com relação ao processo burocrático para realização da laqueadura, sentimo-nos impotentes por não poder garantir a essas mulheres que suas vontades sempre serão respeitadas nesses casos.

Ao aproximar-se do fim do encontro, perguntamos novamente sobre assuntos de interesse das mulheres para serem discutidos no próximo encontro e uma delas questionou: *quais as síndromes que dá para descobrir se o bebê tem? Porque se eu pudesse faria todos os exames. A gente tem tanto medo né!* Sendo que essa mesma gestante já havia relatado, no início da reunião, que teve um aborto no sexto mês gestacional por descolamento de placenta e, na gravidez atual, teve descolamento novamente, mas fez repouso e continua com acompanhamento pré-natal de alto risco.

Após o comentário desta gestante, todas as outras ficaram pensativas e não houve mais sugestões, porém achamos melhor não aprofundar tal tema (síndromes) para evitar o aumento da ansiedade nas gestantes. Apenas comentamos que a ocorrência de anomalias e síndromes congênitas é muito rara e enfatizamos a importância do acompanhamento pré-natal e da manutenção de hábitos saudáveis para o nascimento de uma criança sem intercorrências de tal natureza.

Assim, confeccionamos a segunda cartilha (anexo 4), através dos temas gerais mais abordados até o momento: problemas no aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido. Essa cartilha foi distribuída no quarto encontro de gestantes, que se realizou 15 dias após o terceiro e contou com a presença de 3 gestantes, sendo que todas já tinham participado outras vezes e uma das mulheres, Calêndula, veio acompanhada da mãe e do bebê que tinha nascido há 3 dias. O médico e a enfermeira também estavam presentes.

O **quarto encontro** foi o último coordenado por nós e foi também o que se desenrolou de maneira mais espontânea, talvez pelo fato de Calêndula ter passado pelo parto recentemente e muitas mulheres a questionarem sobre as contrações, a dor, a episiotomia e outros aspectos

relacionados ao parto normal. Neste momento foi bem perceptível a necessidade que as mulheres grávidas sentem de conversar sobre suas sensações, dúvidas e expectativas. Sendo o grupo de gestantes um local onde todas estão vivenciando situações parecidas, rapidamente é criado um clima de entendimento e compreensão, onde quase tudo que se fala é de interesse de todos.

Dando seqüência ao tema parto, mais especificamente a “dor do parto”, o médico discorreu sobre a analgesia de parto, explicando o que é, como e onde é feita, como funciona, vantagens, desvantagens, entre outros aspectos. Todas demonstraram desconhecimento e interesse sobre assunto, principalmente quando o médico disse que esta analgesia é disponível aos pacientes da rede pública. Uma das gestantes, a Hortênsia, que já estava no meio do 8º mês gestacional foi a que demonstrou mais interesse: *eu quero fazer, porque sou muito sensível à dor. Anota o nome num papel para eu pedir na hora do parto.* A reação de Hortênsia foi interessante para nós, pois percebemos que essa informação fez com que ela se colocasse como sujeito ativo no processo do nascimento, com o direito de tirar dúvidas e opinar sobre questões relacionadas ao seu corpo. Ainda assim, informamos em discussão interdisciplinar, que o procedimento não é totalmente isento de intercorrências e que as condições da parturiente e do feto precisam ser avaliadas com precisão.

Ao final do encontro, durante o lanche, despedimo-nos das mulheres e informamos a pretensão da equipe do CS (médico, enfermeira e dentista) de dar seqüência ao grupo de gestantes. Todas as gestantes e a familiar ali presentes demonstraram grande interesse na continuidade dos encontros questionando sobre o próximo, que logo foi definido junto com a enfermeira.

Reflexões sobre o alcance do objetivo

Consideramos este objetivo alcançado, por termos conseguido instalar um grupo de gestantes, estabelecido uma relação de confiança com as mulheres grávidas e fornecido suporte ao processo desenvolvimental pelo qual elas estão passando. Acreditamos que as gestantes também consideraram válidos os encontros do grupo, uma vez que isto foi demonstrado através de comentários como o de Calêndula: *eu já convidei outras grávidas que moram perto da minha casa para virem no grupo. Elas perguntaram se era legal e eu disse que sim, porque sempre tem alguma coisa que uma pessoa fala e serve para nós.*

6.4 REVISANDO O SUPORTE CONTÍNUO DA LITERATURA DURANTE A PRÁTICA ASSISTENCIAL

Declaração do objetivo 4

Buscar fundamentação teórica contínua sobre aspectos relacionados ao universo do gestar e sua contextualização no SUS e na “Teoria Geral de Enfermagem” de Dorothea E. Orem.

Descrição das ações relacionadas

No decorrer da prática assistencial, presenciamos várias situações em que o aleitamento materno não era eficaz apenas por falta de orientações adequadas no período pré-natal. Devido às vantagens biológicas e emocionais do leite materno sobre qualquer outro tipo de leite na alimentação do recém-nascido, julgamos importante revisar alguns aspectos relacionados ao aleitamento materno para podermos promover tal aleitamento de maneira eficiente e eficaz e que fizesse sentido para as mulheres grávidas que interagiam conosco, a partir de seus desejos em amamentarem seus filhos.

A preparação pré-natal pode apresentar um importante efeito na amamentação, principalmente se orientar as mulheres sobre as técnicas de aleitamento e fortalecer a autoconfiança da mãe para que ela sinta maior segurança no ato de amamentar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, p.38).

Conforme Ziegel e Cranley (1985), o leite humano é bacteriologicamente seguro e principalmente o colostro apresenta imunologicamente fatores de proteção e defesa contra infecções, especialmente as gastrointestinais e respiratórias, além de diminuir a ocorrência de alergias. As imunoglobulinas predominantes (IgA) inibem a absorção de vários antígenos, a presença de lactoferrina tem ação bacteriostática e a presença de oligossacarídeos nitrogenados diminui o pH intestinal, tendo ação anti-infecciosa.

Do ponto de vista nutricional, o leite materno em quantidades adequadas, é capaz de suprir todas as necessidades da criança até os seis meses de vida. Sua digestão é mais fácil que a do leite de vaca, pois possui menor quantidade de proteínas. Apresenta grande quantidade de taurina, que atua na maturação e desenvolvimento do sistema nervoso central. Possui quantidades adequadas de lactose, que aumenta a absorção de cálcio e ácido linoleico que atua no crescimento cerebral. O leite materno supre as necessidades do lactente em relação às vitaminas A, B1, B2, B6, B12, C, E, niacina e ácido fólico (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Ainda conforme as autoras, o leite materno é livre de impurezas, fresco e prontamente disponível na temperatura ideal. O fluxo de leite do seio é bem regulado e o bebê pode sugar no seio até se satisfazer. O aleitamento materno dispensa a necessidade do preparo de fórmulas e aquecimento do leite, além de auxiliar a satisfazer as necessidades emocionais do bebê.

Há ainda os benefícios fisiológicos para mãe que amamenta, tais como o estímulo aos fenômenos regressivos do puerpério (loqueação e involução uterina) prevenindo, assim, a atonia uterina e hemorragias no pós-parto imediato. Reduz o risco de a mulher vir a ter anemia, câncer de mama e ovário, osteoporose e esclerose múltipla na menopausa (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Segundo Santos (2002), para haver êxito na lactação deve-se atentar para alguns cuidados importantes durante esse período, tais como: não usar sabonete ou qualquer outra substância que não seja a água na região mamilo-areolar; expor diariamente os mamilos às radiações solares por aproximadamente 15 minutos, antes das 10 horas ou após as 16 horas; lavar bem as mãos antes de cada mamada e não praticar o aleitamento materno cruzado.

É importante também orientar as mães sobre a posição adequada para amamentar, sendo que as mais usadas são a sentada e deitada. Para haver uma boa posição e uma boa pega é necessário que as roupas da mãe e do bebê sejam confortáveis e permitam proximidade entre os corpos; a mãe deve estar em posição confortável e bem apoiada; todo o corpo do bebê deve estar encostado no da mãe (barriga com barriga); o braço inferior do bebê deve estar para trás na cintura da mãe; a boca do bebê deve estar bem aberta, com a língua sobre a gengiva inferior, os lábios curvados para fora e o queixo contra a mama, deixando as narinas livres (SANTOS, 2002).

Outro assunto que consideramos de relevância para revisar foi o manejo dos problemas mais frequentes da amamentação, visto que, no decorrer de nossa prática assistencial, as gestantes demonstraram muitas dúvidas com relação a esse tema. Elegemos o engurgitamento mamário e a fissura mamilar como os problemas a serem revisados neste momento por terem sido os mais abordados pelas mulheres.

De acordo com Santos (2002), o engurgitamento mamário ocorre pela congestão venosa e linfática da mama e pela estase láctea no parênquima mamário. Geralmente causado pelo esvaziamento incompleto ou inadequado da glândula mamária, que ocorre devido sucção deficiente ou desequilíbrio entre produção e ejeção da secreção láctea. Neste caso, as mamas apresentam-se aumentadas de volume, túrgidas, dolorosas e quentes; a rede de Haller fica

bastante visível e saliente com engurgitamento venoso. Ainda pode provocar sintomas como mal estar geral, cefaléia e calafrios.

Na prevenção do engurgitamento mamário, as mulheres devem usar sutiã que firmem e suspendam as mamas sem garrotear as redes venosa, linfática ou do sistema canalicular e amamentar sob livre demanda, num posicionamento adequado, esvaziando um peito antes de oferecer o outro. Quando a mama encontra-se engurgitada, deve-se esvaziar completamente o peito após as mamadas através de ordenha manual; pode-se aplicar calor sobre a glândula mamária, fazendo massagem intermitente na região mamilo-areolar; a mulher deve diminuir sua ingesta líquida e manter amamentação sob livre demanda (SANTOS, 2002).

Sobre a fissura mamilar, Santos (2002) refere que essa ruptura do tecido epitelial mamilar é, geralmente, provocada por apreensão (pega) inadequada durante a sucção, havendo fatores predisponentes e causais. Dentre os predisponentes, estão a sucção ineficiente, o uso de lubrificantes nos mamilos, o uso de medicamento tópico, a higiene excessiva e a falta de preparo do mamilo no pré-natal. Fazem parte dos fatores causais o uso de bombas para extração láctea e a pega incorreta. A fissura mamilar é manifestada pela presença de soluções de continuidade em forma de fenda, com profundidade e extensão variáveis, podendo doer e sangrar.

Na prevenção da fissura mamilar, Santos (2002) recomenda o preparo do mamilo no pré-natal, orientação às gestantes sobre a pega correta, expor as mamas ao sol por aproximadamente 15 minutos nos horários adequados, não utilizar outras substância que não seja a água na região mamilo areolar, evitar o uso de bombas de sucção e aumentar a ingesta de alimentos ricos em vitamina A. No tratamento da fissura mamilar, é recomendado corrigir a pega, expor as mamas ao sol (como também na prevenção), extrair o leite manualmente antes da mamada para facilitar a pega, aplicar gotas do próprio leite ou de suco de cenoura na região mamilo areolar para facilitar cicatrização.

Outro assunto que consideramos importante revisar é o trabalho de parto e parto, uma vez que a maioria das gestantes desconhece tal processo e a compreensão acerca de tal é fundamental para que a mulher possa se tornar sujeito ativo no processo de gestar e de parir.

Para que as mulheres procurem a maternidade somente no momento adequado, evitando idas e vindas desnecessárias que acabam aumentando a ansiedade relacionada ao processo de parir, consideramos fundamental abordar os pródromos do trabalho de parto que, segundo Brüggemann (2002), são acontecimentos que antecedem, aproximadamente 15 dias, o início do

trabalho de parto. Os sinais e sintomas prodrômicos consistem na descida do fundo uterino pela adaptação do pólo fetal ao estreito superior, na insinuação da apresentação, na perda do tampão mucoso, no amolecimento do colo uterino, no apagamento e dilatação cervical, nas contrações uterinas de Braxton-Hicks de baixa intensidade e frequência irregular. Todas essas alterações provocam algumas manifestações locais como sensação de peso no baixo ventre, compressão nas porções inferiores do abdome, intensificação das varizes hemorroidárias e vulvares e aumento das secreções vaginais.

Para diferenciar o trabalho de parto verdadeiro (TPV) do trabalho de parto falso (TPF), algumas particularidades devem ser observadas. As contrações uterinas são regulares, com duração e intensidade crescentes no verdadeiro, já no TPF são irregulares sem aumentar a duração ou a intensidade. No TPV ocorre dilatação e apagamento cervical progressivo, além da descida progressiva da apresentação, o que não ocorre no falso. A gestante refere desconforto ou dor localizada nas costas e irradiando para o abdome durante o TPV e no falso, a dor ou desconforto localiza-se apenas no abdome (BRÜGGEMANN, 2002).

Com relação ao curso clínico do trabalho de parto normal, Brüggemann (2002) cita quatro períodos: o primeiro é a dilatação cervical que compreende os fenômenos de esvaecimento ou apagamento do colo e a dilatação propriamente dita; o segundo é a expulsão fetal; em terceiro vem a dequitação ou secundamento caracterizado pelo descolamento, descida e expulsão da placenta e das membranas para fora das vias genitais; o quarto período, denominado Greenberg, consiste na primeira hora após a saída da placenta.

No decorrer da prática assistencial percebemos a existência de uma grande preocupação por parte da maioria das gestantes em saber como será o bebê, se este é normal, em como cuidar dele entre outros. Em vista disso, achamos imprescindível revisar as características do recém-nascido normal e os cuidados com este, sendo que para cuidar do bebê a gestante e seus familiares precisam estar a par do seu desenvolvimento ao nascer, das várias transformações adaptativas que ele precisará para ajustar-se à vida extra-uterina e de suas necessidades durante o período de adaptação.

A aparência geral de um recém-nascido a termo normal logo após o nascimento é a de um bebê com a cabeça grande, o pescoço curto, o tórax estreito, o abdome proeminente e os braços e pernas curtos e acentuadamente fletidos. Sua pele é firme devido à densa camada de gordura subcutânea, e encontra-se pelo menos parcialmente recoberta com vernix caseosa, geralmente

apresenta lanugem protetora em certas regiões do corpo. A coloração do bebê é rosada ou avermelhada, a não ser por uma leve cianose nos pés e mãos. O período de transição da vida intra-uterina para a existência extra-uterina é caracterizado por alguma instabilidade dos vários sistemas, com manifestações como tremores e estremecimentos, náuseas, sufocação, sucção ineficaz, regurgitação, pulso irregular e hiperatividade durante o sono (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Dentre as dúvidas mais freqüentes das gestantes e familiares com relação aos cuidados com o bebê, o coto umbilical é fonte das maiores preocupações e medo. Os cuidados com o cordão consistem em mantê-lo seco e preveni-lo de infecção, para isso é recomendado aplicar álcool 70% após o banho diário para promover o ressecamento. O uso da faixa umbilical não é recomendado por favorecer condições para infecção (MONTICELLI, 2002).

Outra dúvida comum é sobre a causa do choro, o qual pode ser por sede, cólica, fraldas molhadas, frio ou calor, estímulos sensoriais fortes, posição desconfortável, necessidade de sucção, limitação de movimento e outros sem motivos aparentes. No período neonatal, a cólica se constitui com maior freqüência à causa do choro, sendo que nestes casos a criança chora tendo alguns intervalos entre o choro e, quando levada ao peito, mama e logo chora novamente. Outros aspectos que sugerem cólica são abdome distendido e fezes com coloração esverdeada. Quando o motivo do choro é a cólica, há algumas medidas de alívio como colocar o lactente de bruços sobre uma superfície aquecida, massagear o abdome, fornecer mamadas mais freqüentes e menos volumosas, fazer eructações após as mamadas, evitar estimulação excessiva e após a mamada, colocar o bebê preferencialmente em decúbito lateral direito (WONG, 1999).

A icterícia neonatal é mais uma das particularidades no cuidado ao bebê que julgamos relevante, diante das dúvidas referidas pelas gestantes. De acordo com Oliveira (2002), a icterícia é decorrente de uma alteração no metabolismo da bilirrubina e aparece geralmente após 48 horas de vida, tendo evolução benigna na grande maioria das vezes. Possui maior intensidade por volta do quarto dia no recém-nascido a termo e desaparece no fim da primeira semana, a não ser nos casos de hipóxia, prematuridade e acidose, quando surge mais precocemente e desaparece mais tarde. É importante não confundir a icterícia fisiológica com a patológica, sendo que a última geralmente ocorre nas primeiras 24 ou 48 horas de vida e pode causar encefalopatia crônica ou cirrose. Como a icterícia fisiológica tem uma evolução freqüentemente benigna, geralmente não é preciso tratamento, principalmente se a criança for alimentada precocemente, o que reduz os

níveis de bilirrubinemia. Quando a icterícia está associada a patologias ou circunstâncias que aumentem a taxa de bilirrubina, o tratamento é realizado através de fototerapia, albumina humana a 25% ou plasma.

Além desses assuntos que foram revisados na literatura especializada, também estivemos, de modo continuado, realizando leituras para a confecção do material informativo que foi impresso e distribuído para as mulheres no grupo de gestantes, bem como aprofundando nossos conhecimentos sobre as dúvidas que as mulheres referiam a respeito de suas condições pré-natais, no consultório, nos domicílios ou mesmo nas conversas informais que tínhamos onde quer que nos encontrássemos com elas. As discussões multiprofissionais também foram provocadoras de desafios para aprofundarmos, revisarmos, debatermos, reafirmarmos ou contestarmos práticas, saberes, poderes e as próprias relações profissionais. O próprio “campo assistencial” foi estimulador para que buscássemos conhecimentos e outras experiências que nem sempre estiveram disponíveis no ambiente acadêmico e formal de aprendizagem profissional. Tudo isso nos levou a introjetar vários aprendizados, mas talvez um deles seja o mais contundente: que não adianta apenas “saber” mais tecnicamente, cientificamente, estar por dentro das últimas pesquisas, textos, tecnologias disponíveis (embora sejam importantes), se não nos aproximarmos integralmente e intencionalmente dos “usuários” que procuram a unidade assistencial. Cada uma dessas pessoas é um ser humano integral com seus desejos, conhecimentos, experiências, necessidades e recursos que precisam ser colocados na relação terapêutica com todo o cuidado, respeito e atenção merecidos. Esse é um dos caminhos importantes visualizados por nós para que possamos auxiliar a promovê-los como agentes de seus próprios cuidados, e inseridos no processo de conquista plena da cidadania.

Reflexões sobre o alcance do objetivo

Este objetivo foi alcançado por meio da revisão literária desenvolvida por nós durante a prática assistencial e pelas reflexões que ela provocou. Pudemos ampliar nossos conhecimentos sobre a assistência de enfermagem no processo gestacional, assim como transmitir um pouco desse conhecimento às gestantes por nós assistidas, contextualizando esses novos conhecimentos na teoria escolhida e no âmbito do sistema de saúde vigente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa intenção com esse trabalho foi ajudar as mulheres gestantes da comunidade a perceberem-se como sujeitos ativos no processo de autocuidar-se. O autocuidado é uma habilidade desenvolvida através da aprendizagem, onde, sob a ótica da teoria de Orem, a gestante é autônoma e gestora de si.

Baseado na visão da Teoria Geral do Autocuidado, o desenvolvimento de nossa prática assistencial focalizou as habilidades e necessidades de autocuidado das gestantes, identificando os déficits e atuando junto com as gestantes para promover e estimular hábitos saudáveis que facilitaram o aprendizado do mesmo. Essa atuação nos levou a compreender o autocuidado como um processo de educação simultânea, onde as gestantes, as acadêmicas e a equipe de saúde participaram ativamente na busca por uma gestação saudável.

Durante esse caminho aprendemos a lidar com algumas dificuldades que nos fortaleceram, facilidades que nos surpreenderam, conceitos e conhecimentos novos que enriqueceram nossa vida acadêmica e pessoal. No decorrer do tempo percebemos a necessidade de buscar recursos que pudessem nos ajudar a implementar as estratégias estabelecidas para o alcance dos objetivos, dentre esses recursos buscamos pelo conhecimento científico, o estabelecimento de uma relação de profissionalismo com a equipe de saúde, a interação efetiva com a comunidade, especialmente com as gestantes, estabelecendo uma ponte entre a realidade vivenciada pelas mesmas e a Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea E. Orem.

O fato de termos residido na comunidade facilitou muito nossa aproximação com a mesma, tornando mais rápida e efetiva a interação estabelecida. Éramos reconhecidas na comunidade pelo trabalho que estávamos fazendo, o que se refletiu na adesão à nossa proposta assistencial e na confiança em nós depositada, tanto pela equipe, quanto pelas gestantes. A demanda nos surpreendeu positivamente, pois a princípio não havíamos estabelecido estimativas numéricas de participação das gestantes, seja em grupo de gestantes ou em consultas pré-natal.

Tivemos a possibilidade de acompanhar gestantes em trimestres gestacionais variados o que contribuiu e foi extremamente enriquecedor para nossa prática assistencial e, principalmente, para o desenvolvimento do grupo de gestantes, pois proporcionava rica troca de informações entre elas.

A metodologia sistematizada para o desenvolvimento de nosso projeto assistencial também facilitou a assistência prestada, guiando nossos passos e possibilitando um grande aprendizado. À medida que fazíamos uma confluência de informações entre a teoria escolhida e a realidade vivenciada, compreendíamos mais profundamente o processo gestacional, interligando este ao processo de enfermagem. O processo de enfermagem, por sua vez, foi de grande contribuição nos trabalhos desenvolvidos por fornecer uma visão ampliada dos requisitos, necessidades e capacidades de autocuidado das mulheres. Assim como nos ajudou a estabelecer e implementar metas que auxiliassem essas mulheres a manter uma gestação saudável. Esse processo de enfermagem ainda nos possibilitou um olhar mais abrangente sobre o universo do gestar, levantando possibilidades para além do modelo biologicista.

Enfrentamos algumas dificuldades para desenvolver o trabalho. A área de abrangência do CS mostrou-se bem maior que pensávamos ser, o que dificultou um pouco o número de visitas domiciliares e até mesmo o estabelecimento de um contato mais íntimo com algumas gestantes. A variação climática também influenciou em nossos trabalhos, principalmente nos encontros do grupo de gestantes, pois sempre que o tempo estava chuvoso ou frio havia diminuição na demanda ao CS. Para contornar estas dificuldades estabelecemos algumas estratégias como, por exemplo, aproveitamos as oportunidades em que o carro da prefeitura estava à disposição do CS para realizarmos visitas domiciliares às residências mais distantes. Também fomos flexíveis para remarcar encontros do grupo ou consultas quando as gestantes não pudessem comparecer por qualquer motivo. Tivemos alguma dificuldade em estabelecer uma relação entre a realidade vivenciada e a teoria de Dorothea E. Orem, pois não estávamos habituadas a esta teoria. Essa dificuldade foi sanada com o decorrer da prática assistencial e conforme realizávamos mais consultas e, conseqüentemente, um maior número de processos.

Acreditamos que a maior contribuição, advinda de nosso trabalho, para o ensino de enfermagem, para as práticas públicas (no sentido de reforçar laços entre profissionais e usuários), para as gestantes e para o próprio Centro de Saúde, tenha sido a reestruturação e implementação do grupo de gestantes. Percebemos a satisfação da equipe do CS com os

resultados obtidos nos encontros do grupo. As gestantes também manifestaram uma boa avaliação de nossa assistência através da confiança, abertura e disponibilidade a nós dispensadas e interesse na continuidade dos encontros.

Além da contribuição para o CS e seus usuários, com a reestruturação do grupo de gestantes, este trabalho também contribuiu muito para nossa formação profissional. Passamos a ter um olhar mais abrangente das relações profissionais, do nosso papel dentro dessas relações, da importância dos serviços de saúde oferecidos nas comunidades e da própria sociedade como o “meio ambiente” em que estamos contextualizados. Depois desse contato próximo com a comunidade e, especialmente, as gestantes passamos a vê-las como seres únicos com aspirações, dúvidas, medos, anseios e que vivenciam novas experiências e sensações durante essa fase tão peculiar da vida do ser humano. Percebemos que a gestação constitui-se de um processo cultural e social, não apenas biológico e, por isso, está permeada por valores, costumes, crenças e tradições que deverão ser respeitados ao fornecermos à gestante subsídios para o seu autocuidado.

8 REFERÊNCIAS

- BETHEA, D. C. **Enfermagem obstétrica básica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Mulher. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal, normas e manuais técnicos**. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001a. Disponível em: < www.saude.gov.br/psf >. Acesso em 28 de agosto de 2003.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001b. Disponível em: < www.saude.gov.br/psf >. Acesso em 28 de agosto de 2003.
- BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.
- BRÜGGEMANN, O. M. Sinais e sintomas do trabalho de parto. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 23-34.
- CASTELLANOS, B. E. T. Teoria do autocuidado de Dorothea Orem. In: CAMPEDELLI, M.C. et al. **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989. p. 43-56.
- DUPAS, G. et al. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.7, n.1, p.19-26, jan/mar. 1994.
- DÂNGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1998.
- EBEN, J. D. Et al. Dorotea E. Orem. In: MARRINER, A. **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Rol S. A., 1989.
- FONSECA, S. M. O cuidado de enfermagem a pacientes em quimioterapia antineoplásica: uma aplicação da teoria de Dorothea Orem. **Acta Paul Enf.** São Paulo, v.10, n. 2, p. 74-79, 1997.

FOSTER, P. C.; JANSSENS, N. P. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Tradução de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 90-107.

GREGÓRIO, V. R. P. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 181-195.

GUYTON, A. C. **Fisiologia humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HONRUBIA, R. L. Psicología del embarazo, parto y puerperio. In: POSTIGO, J. M. L. **Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud**. Buenos Aires: Lumen, 1994. p. 307-318.

LEOPARDI, M. T.; WOSNY, A. M.; MARTINS, M. L. Dorothea E. Orem. In: LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 74-80.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MALDONADO, M. T.; DICKSTEIN, J.; NAHOUM, J. C. **Nós estamos grávidos**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MONTICELLI, M.; SILVA, D. M. G. **Teorias de Enfermagem**. Texto didático referente ao Curso de Graduação em Enfermagem - UFSC. Florianópolis, 1997. 11 p. Mimeografado.

MONTICELLI, M. Assistência ao recém-nascido no alojamento conjunto. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 107-116.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

NASCENTES, A. **Dicionário da Língua Portuguesa da Academia Brasileira de Letras**. Rio de Janeiro: Bloch, 1988.

NASCIMENTO, M. G. P. **Consulta de enfermagem**. Texto didático referente ao Curso de Graduação em Enfermagem - UFSC. Florianópolis, 2002. 15 p. Mimeografado.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

OLIVEIRA, M. E. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com icterícia fisiológica. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 298-304.

Organização Mundial da Saúde. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Legislação básica – SUS**. Florianópolis, 2001.

SANTOS, E. K. A Promoção do aleitamento materno. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. **Enfermagem obstétrica e neonatológica**. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 134-177.

SCHWARCZ, R. et al. **Atenção pré-natal e do parto de baixo risco**. CLAP – Centro Latino Americano de Perinatologia. Montevideu, 1996.

STANTON, M.; PAUL, C.; REEVES, J. S. Um resumo do processo de enfermagem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 24-37.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família**. São Paulo, 2001. Disponível em: < www.ids-saude.org.br/enfermagem >. Acesso em 01 de setembro de 2003.

TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde materno-infantil, impacto político-social e inserção da enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ZAGONEL, I. P. S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. (Orgs.). **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. p. 41-56. (Curso de Coleção Enfermagem).

ZAMPIERI, M. F. M. **Atenção ao pré-natal**. Texto didático referente ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – UFSC. Florianópolis, [2000?]. 36 p. Mimeografado.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985).

9 APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados da consulta de enfermagem à gestante no pré-natal

Data: _____

1. DADOS BIOGRÁFICOS E DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Estado civil: _____

Endereço/Procedência: _____

Crença: _____

DUM: _____ DPP: _____

IG pela DUM: _____ IG pela USG: _____

Número de filhos: _____

Número de consultas médicas anteriores: _____

Número de consultas de enfermagem anteriores: _____

2. AUTOCUIDADO UNIVERSAL

a) Entrevista:

Motivo da consulta: _____

Padrão de ingesta líquida: _____

Padrão de ingesta alimentar: _____

Padrão de eliminação intestinal e urinária: _____

Padrão de atividade e repouso: _____

Vacinação antitetânica: _____

Etilismo: _____ Tabagismo: _____

Alergias: _____

Domicílio próprio?: _____ Tipo de construção: _____

Nº de cômodos: _____ Possui animal doméstico?: _____

Água encanada: _____ Esgoto: _____ Lixo: _____

Nº de pessoas residentes na moradia: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Problemas de saúde familiares: _____

Problemas de saúde pessoais: _____

Antecedentes ginecológicos:

Início vida sexual: _____ Tem parceiro fixo?: _____

Exame preventivo de CA de colo uterino: _____

Alguma queixa (dispareunia, corrimento...): _____

Método contraceptivo: _____

Antecedentes obstétricos:

Gesta: _____ Aborto: _____ espontâneo: _____ provocado: _____ curetagem: _____

Para: _____ domiciliar: _____ hospitalar: _____ Cesárea: _____

Idade dos filhos: _____

Intercorrência nas gestações, partos e puerpérios: _____

Aleitamento materno: _____ quanto tempo: _____

Conhecimentos sobre a amamentação: _____

b) Exame físico:

Observação do estado geral: _____

Inspeção da pele: _____

Inspeção do couro cabeludo: _____

Inspeção da face, mucosas oculares e boca: _____

Palpação da tireóide e gânglios: _____

Inspeção, palpação e expressão das mamas: _____

Observação da pele abdominal (estrias, linha nigra, silhueta): _____

Altura uterina (AU): _____ Circunferência abdominal: _____ BCF: _____

Manobras de Leopold:

a) Apresentação: _____ b) Situação: _____

c) Posição: _____

Inspeção da genitália externa: _____

Inspeção de MMII: _____

PA: _____ FC: _____ FR: _____ Temperatura: _____

Altura: _____ Peso: _____

3. AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAL

A gravidez foi planejada?: _____

Deseja a gravidez?: _____

Como se sente grávida?: _____

Situação familiar e econômica atual: _____

O que muda com a gravidez (aspectos positivos e negativos): _____

Apresenta algum problema ou desconforto: _____

Tem alguma dúvida em relação à questão sexual na gravidez?: _____

Relacionamento com outros filhos: _____

Relacionamento com companheiro: _____

Conhecimentos a respeito do trabalho de parto, cuidados puerperais e com o RN _____

4. AUTOCUIDADO DE DESVIO DE SAÚDE

Perspectiva médica da situação da gestante.

- a) dados significativos provenientes do prontuário, do resultado de exames e/ou do contato direto com o médico:

- b) dados relatados pela gestante relacionados com diagnósticos e condutas médicas:

APÊNDICE B - Instrumento para diagnóstico de enfermagem.

Classificação do déficit de AC	Diagnóstico de enfermagem
1) Universais	1. a) 1. b) 1. c) 1. d) 1. e)
2) Desenvolvimentais	2. a) 2. b) 2. c) 2. d) 2. e)
3) De desvios de saúde	3. a) 3. b) 3. c) 3. d) 3. e)

APÊNDICE C - Instrumento para plano de implementação de ações promotoras de autocuidado.

Meta	Ação de Enfermagem	Objetivo	Sistema de Enfermagem

APÊNDICE D - Evolução de enfermagem

APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e informado das gestantes assistidas no CS.

Assino este documento consentindo que os dados por mim fornecidos sejam utilizados pelas estudantes da última fase do curso de Enfermagem: Angela Regina Kirchner, Cecília Ribeiro Ramos e Daiani Moraes Oliveira no desenvolvimento da sua prática assistencial, orientadas pela Prof^a Dr^a Marisa Monticelli e supervisionadas pela Enf^a Luiziane Renata Feijó, a realizar-se no Centro de Saúde I da Praia da Pinheira.

Compreendo que a prática assistencial será realizada comigo, gestante, que realizo acompanhamento pré-natal no CS e que envolverá também a participação de outras pessoas que eu concorde que participem.

Estou ciente de que:

- As estudantes farão coleta de dados através de observação direta, entrevistas e exame físico, e que os dados serão mantidos sob confidencialidade e utilizados apenas para a assistência no centro de saúde.
- As estudantes somente utilizarão gravador para entrevistar-me caso eu concorde.
- A participação nesta prática não irá prejudicar a assistência à gestante e a nenhum membro da minha família.
- Meu nome real não será tornado público e nem o nome das pessoas de minhas relações.
- Participo voluntariamente e poderei, a qualquer momento, negar-me a participar da prática ou mesmo deixar de participar se assim eu desejar, em qualquer momento.
- Poderei ter acesso ao relatório do estudo, caso solicite, tendo o suporte das estudantes para tirar possíveis dúvidas sobre o estudo e meus direitos como participante.

Data: ____/____/____

Gestante

APÊNDICE F - Autorização para a realização e uso de registros fotográficos da prática assistencial no CS I da Pinheira.

Eu, _____
autorizo as estudantes Angela Regina Kirchner, Cecília Ribeiro Ramos e Daiani Moraes Oliveira, do último ano do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, fazerem registros fotográficos (das gestantes, familiares, integrantes da equipe de saúde e/ou outros participantes da assistência prestada pelas alunas) durante o período de estágio no CS I da Praia da Pinheira.

Estou ciente de que as fotos selecionadas sob minha autorização serão utilizadas em trabalhos desenvolvidos pelas estudantes, que manterão os devidos cuidados de não identificação da mulher gestante atendida no CS.

Dentre as fotos reveladas, permito a divulgação da(s) seguinte(s):

Foto(s) nº: _____

Data: ____/____/____

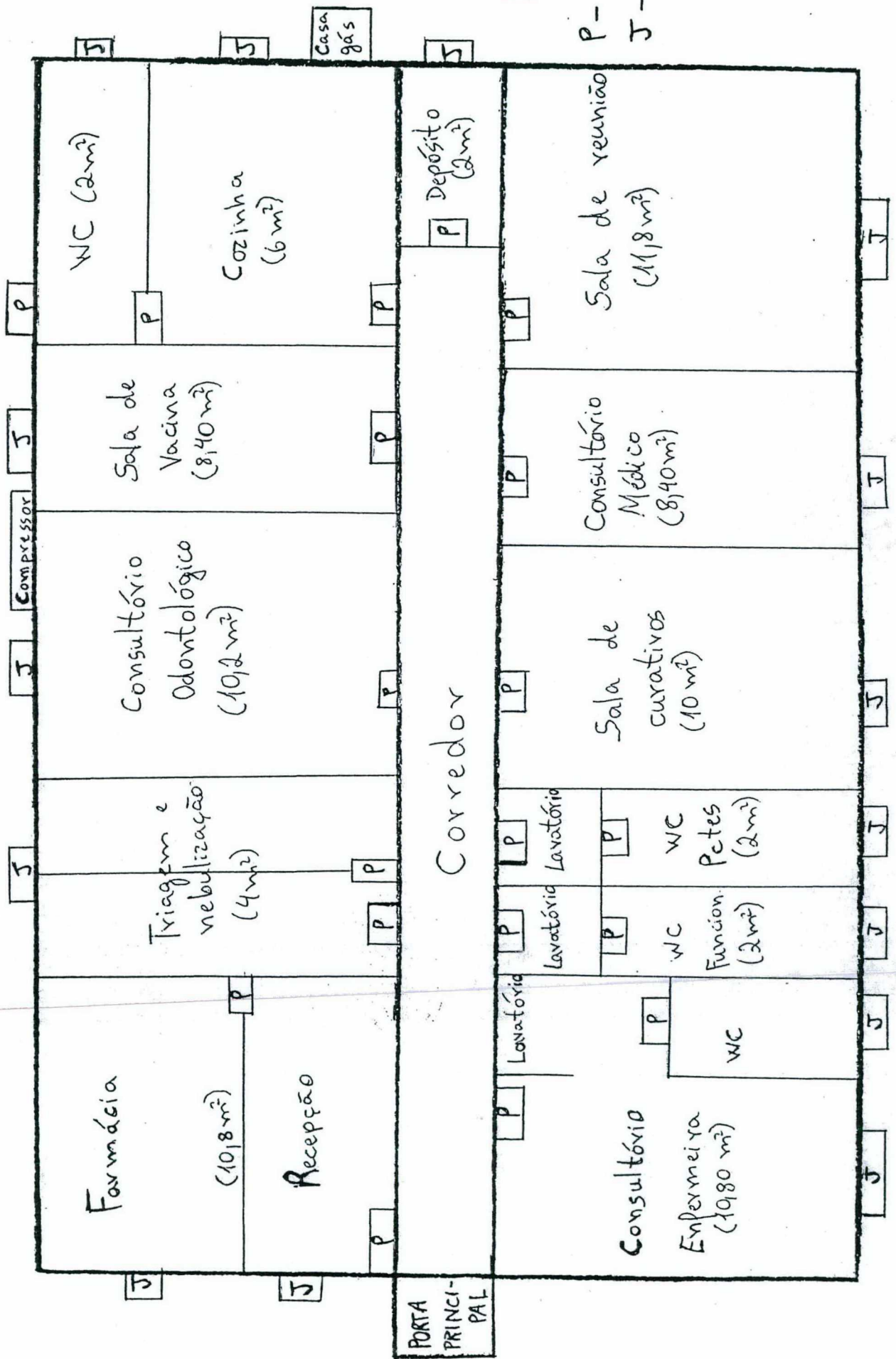
Assinatura

- ☐ Gestante
- ☐ Membro da equipe de saúde do CS
- ☐ Familiar/ acompanhante da mulher gestante

10 ANEXOS

ANEXO A - Planta física do CS I da Praia da Pinheira, Palhoça, SC.

PLANTA FÍSICA - CSI PINHEIRA

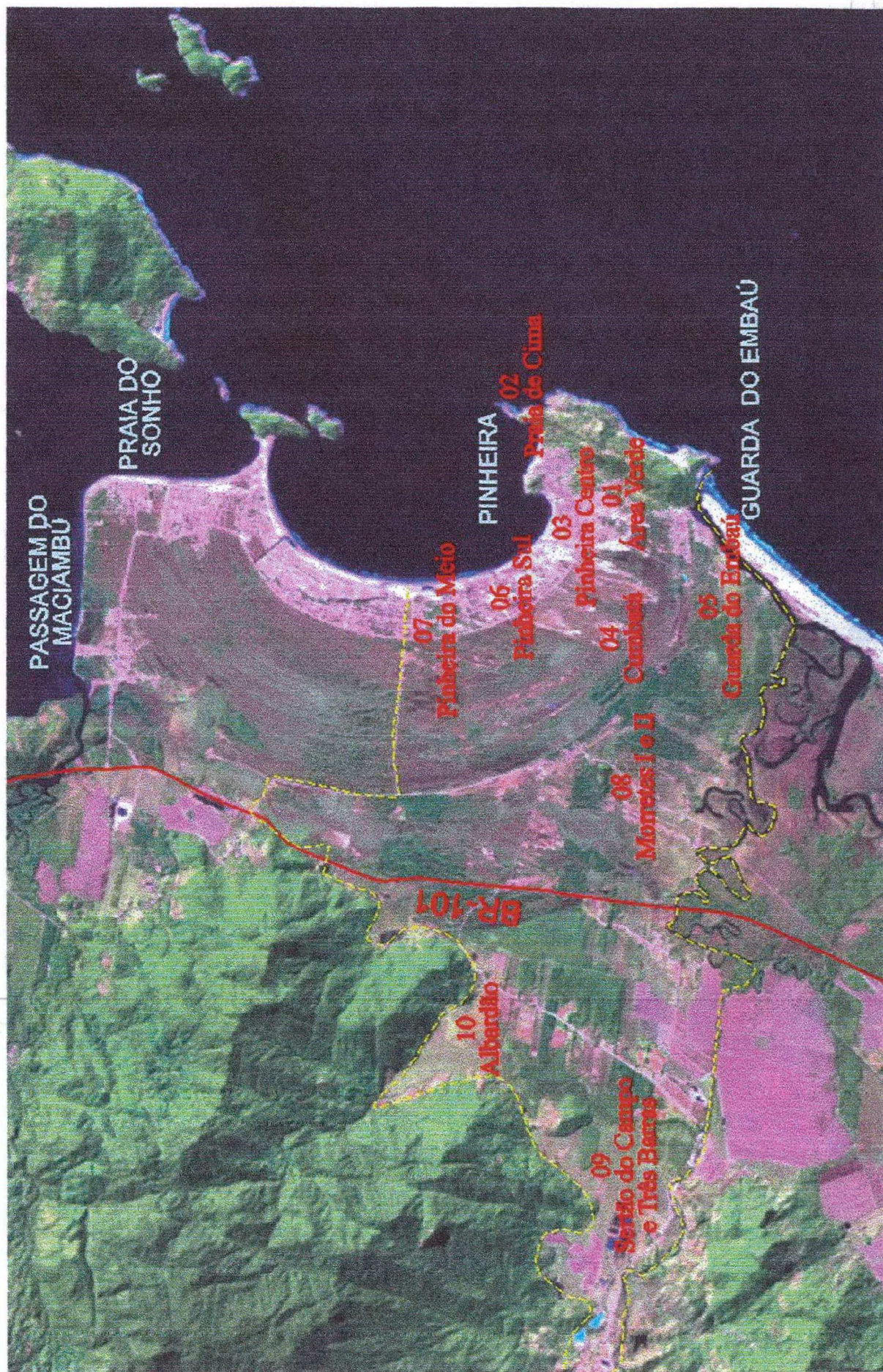


Lixo Contam
vado

Lixo não
contam
vado

Legenda:
P - porta
J - janela

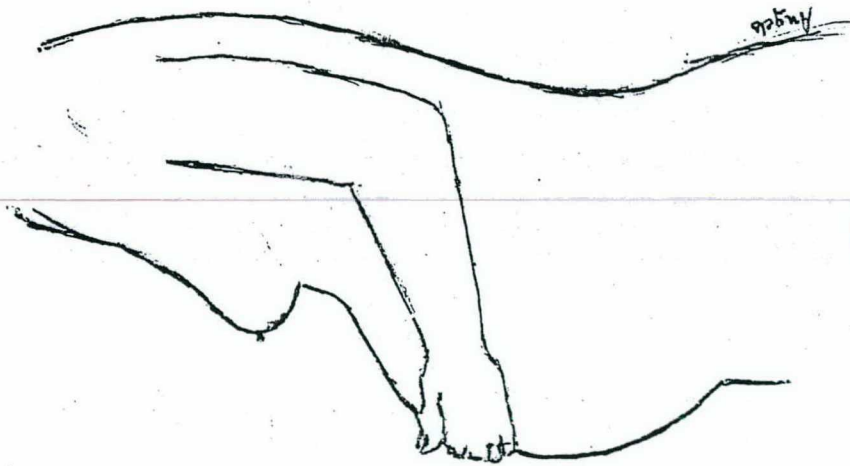
ANEXO B – Mapa da área de abrangência do CS I da Praia da Pinheira, Palhoça, SC.



FONTE: edição digital de imagem de satélite Landsat -7, -079 órbita 220. Data 07/04/2000.
AUTOR: Angelo Martins Fraga.

ANEXO C – Cartilha nº 1 do Grupo de Gestantes

Manual da Futura Mãe



CSI - Pinheira

Elaborado para o encontro - Grupo de Gestante
- Trabalho de Parto
- Aleitamento Materno

Enfermagem - UFSC - 2003

Produzido no contexto da prática assistencial
referente ao Trabalho de Conclusão do Curso de
Graduação em Enfermagem - UFSC, 2003-2.

Autoria: Ac. Ângela R. Kirchner

Ac. Cecília R. Ramos

Ac. Daiani M. Oliveira

Manual da Futura Mãe

A gestação é um momento de modificações no organismo da mulher, quando seu corpo gera uma nova vida. Estar atenta a essas modificações e saber até que ponto são normais ou não, é muito importante. Para ajudar você, nesse momento, elaboramos este manual com algumas dicas importantes:

II Consultar uma vez por mês até o sétimo mês e de quinze em quinze dias após esse período.

II Fazer todos os exames: hemograma, glicemia, VDRL, tipo de sangue, anti-HIV, hepatite B, toxoplasmose, rubéola, doença citomegálica, ultrassonografia, exame de urina, exame de fezes.

II Engordar entre 7 e 12 Kg.

II Procure a Unidade de Saúde se tiver: inchaço nas pernas, mãos e rosto ao acordar; dores muito fortes; sangramento pela vagina; corrimento escuro; se a "bolsa" estourar.

II Prepare seu seio para amamentar.

II Procure ter uma alimentação, comendo mais frutas, verduras e bebendo mais líquidos.

No primeiro encontro do grupo as gestantes presentes escolheram os seguintes temas para serem abordados neste encontro:

Trabalho de Parto

O trabalho de parto é um momento que pode gerar ansiedade e preocupação. Aproximadamente 15 dias antes do parto, a maioria das gestantes experimentam os seguintes acontecimentos:

II Descida do ventre, diminuindo a dificuldade respiratória.

II Encaixamento do bebê, aumentando a vontade de fazer xixi e a dor nas costas.

II Perda do tampão mucoso pela vagina (corrimento parecido com um catarro esbranquiçado, às vezes pode vir com um pouquinho de sangue).

II Aumento das varizes hemorroidárias e vulvares.

II Contrações moderadas que não aumentam de intensidade e duração.

Trabalho de Parto Verdadeiro

I Contrações regulares que aumentam de duração e intensidade (3 ou mais em 30 minutos).

I Dor ou desconforto que começa nas costas e alcança a barriga.

I Rompimento da "bolsa das águas".

Trabalho de Parto Falso

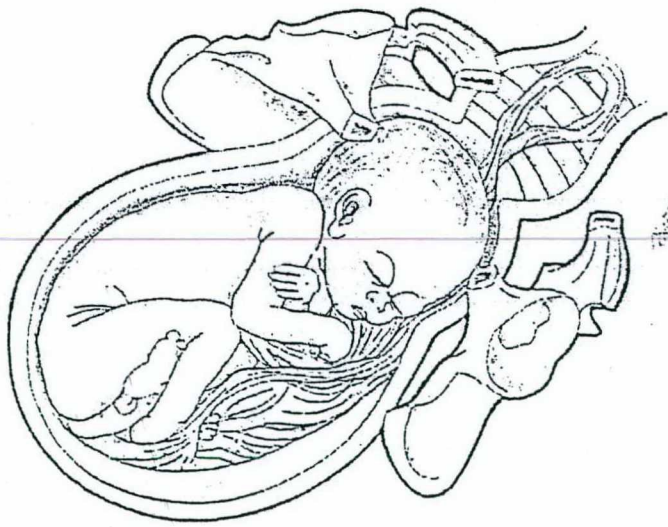
I Contração que vem e passa, sem aumentar de duração e intensidade.

I Dor ou desconforto apenas na barriga.

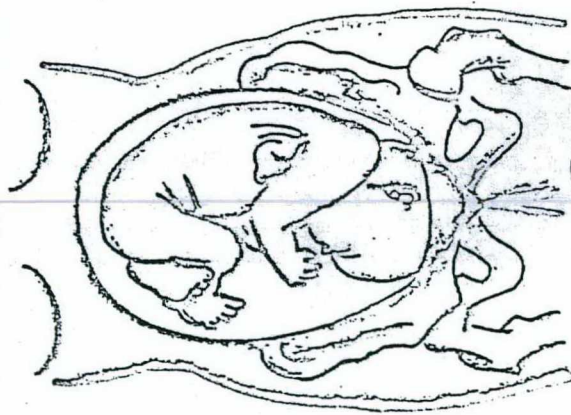
I Não ocorre o rompimento da "bolsa das águas".

Orientações para o trabalho de parto:

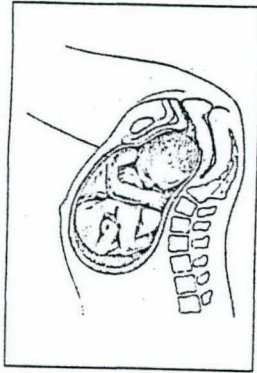
- ∞ Procure se alimentar com alimentos mais leves, como frutas, verduras, água e sucos.
- ∞ Caminhar ajuda a diminuir o desconforto e contribui para um parto mais rápido.
- ∞ Procure deitar do lado esquerdo, pois melhora a circulação da mãe e do bebê.
- ∞ Você pode tomar banhos para relaxar.
- ∞ Procure urinar e evacuar sempre que sentir vontade.
- ∞ Quando o bebê estiver nascendo, e for a hora de fazer força, respire fundo e prenda o ar, ao mesmo tempo encoste o queixo no peito e faça a força (como se fosse fazer cocô).
- ∞ Quando a contração passar aproveite para descansar e respirar profunda e lentamente.



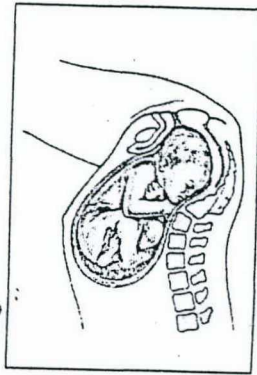
COMO FICA O BEBÊ DENTRO DA BARRIGA



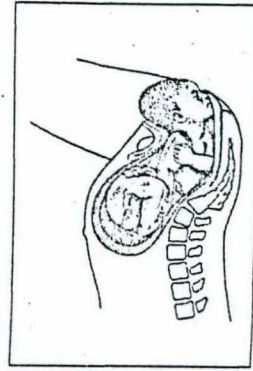
1



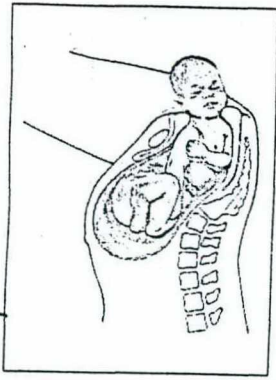
2



3



4



5



6



TRABALHO DE PARTO
MOMENTO DO NASCIMENTO

Aleitamento Materno

Se for amamentado toda vez que tiver fome, seu filho não vai precisar tomar chá, água, suco ou outro leite nos primeiros seis meses de vida. Quanto mais seu bebê mamar, mais leite você vai ter, não se preocupe, pois todo leite materno é forte.

O leite materno está pronto, é sempre fresco, na temperatura adequada, livre de contaminações, é natural, é barato, além do que, é apropriado para o desenvolvimento a criança, pois contém nutrientes necessários (proteínas, açúcares, sais minerais e vitaminas) para o crescimento saudável da criança.

O leite da mãe transmite ao bebê as defesas necessárias contra infecção, evita diarreia, previne a obesidade, pode prevenir reações alérgicas e também ajuda no bom desenvolvimento da face e dos dentes.

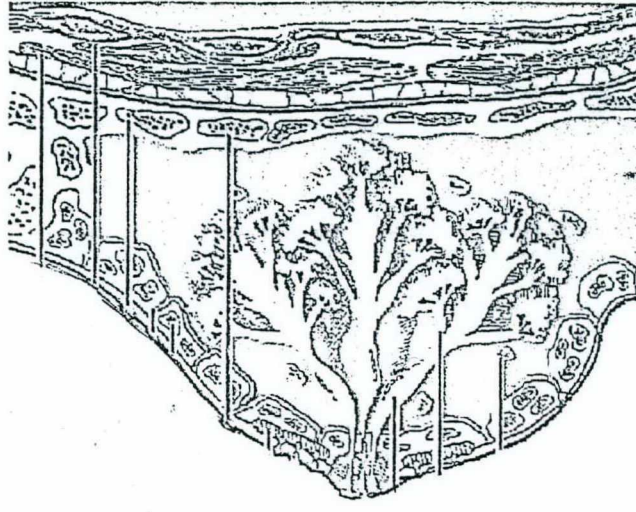
Amamentar também é bom e saudável para a mãe, pois facilita a diminuição do útero e previne hemorragias logo depois do parto. A mãe estabelece uma relação profunda de afeto com seu bebê.

A mãe que amamenta têm menos chance de ter câncer de mama, além de voltar ao peso mais rápido. Se a amamentação for exclusiva (só leite materno) e de 3 em 3 horas, a mãe estará protegida de nova gravidez durante um período. Lembre-se: antes de usar esse método, consulte a enfermeira do seu posto.

Orientações para o Preparo das Mamas para a amamentação

β Lavar o seio somente com água, não usar sabonete, sabão ou qualquer outro produto.

- β Esfregar levemente os mamilos com uma toalha ou escova de dentes macia, deixando-os expostos ao ar por alguns minutos.
- β Fazer um furinho no centro do sutiã na altura do mamilo para deixar a roupa roçar.
- β Usar sutiã com base larga e resistente, evitando que a mama se dobre ou prenda.
- β Expor a mama ao sol por 15 minutos, antes das 10 horas ou depois das 16 horas.
- β Não retire o colostro (o primeiro leite), pois ele vai ser muito importante para o bebê.
- β Fazer massagem nos mamilos (bico do peito) várias vezes ao dia.



A mama por dentro

Referências

ZAMPIERI, M. F. M. Lactação - aleitamento materno. Texto didático referente ao curso de Graduação em Enfermagem - UFSC. Florianópolis, [2001?]. 10 p. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda da gestante. Brasília, [2001?].

BRÜGGEMANN, O.M. Sinais e sintomas do trabalho de parto. In: OLIVEIRA, M.E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O.M. Enfermagem obstétrica e neonatológica. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 23-69.

ANEXO D – Cartilha nº 2 do Grupo de Gestantes

Manual

da

Mãe

III - Encontro Grupo de
Gestantes.

CSI - Pinheira

M Palhoça

Produzido no contexto da prática assistencial
referente ao Trabalho de Conclusão do Curso de
Graduação em Enfermagem - UFSC, 2003-2.

Autoria: Ac. Ângela R. Kirchner
Ac. Cecília R. Ramos
Ac. Daiani M. Oliveira

Depois que você tiver o seu bebê e começar a amamentá-lo, podem surgir algumas dúvidas relacionadas à amamentação e aos cuidados com o bebê.

Esta cartilha foi elaborada para tirar algumas dessas dúvidas e dar algumas dicas sobre esses temas.

Aleitamento Materno

A primeira mamada deve acontecer de preferência logo depois do nascimento do bebê, pois isso vai ajudar o útero voltar ao tamanho normal mais rápido e vai fazer com que você e seu bebê fiquem mais próximos e unidos.

- ☐ Deve-se amamentar o bebê sempre que ele quiser, não tendo horários fixos.
- ☐ A criança que mama no peito não precisa de nenhum outro alimento ou bebida além do

leite materno, nem mesmo de água.

- ☐ Não se deve dar chupetas e mamadeiras a bebês que mamam no peito, pois eles podem confundir o bico da mamadeira com o do peito.
- ☐ Enquanto estiver amamentando você deve lavar o bico do peito somente com água, evitando usar sabonete, cremes ou outros produtos, pois pode causar rachaduras e o bebê pode confundir o cheiro e o gosto.
- ☐ Deve-se pegar sol nas mamas sempre que possível, antes das 10 horas da manhã ou depois das 4 horas da tarde.
- ☐ É importante lavar bem as suas mãos antes de dar mama para o bebê.
- ☐ A melhor posição para dar de mama é quando todo o corpo do bebê está encostado no da mãe e de frente para ela (barriga com barriga); o braço do bebê que fica por baixo deve estar para trás na cintura da mãe; ao abocanhar o peito, a boca do bebê deve ficar bem aberta com a língua para baixo, os lábios

Virados para fora e o queixo encostando na mama, deixando o nariz livre para respirar.

Problemas mais comuns relacionados à amamentação:

Engurgitamento mamário - "seio empedrado": os seios ficam grandes, duros, doloridos e quentes. Pode fazer com que a mulher se sinta mal, com dor de cabeça e arrepios pelo corpo (calafrios). Acontece quando o bebê não mama todo o leite de um seio.

Como prevenir

- ❖ Não usar sutiã ou roupas muito apertadas.
- ❖ Amamentar sempre que o bebê quiser, esvaziando um seio para depois oferecer o outro ao bebê. Quando ele não esvaziar um seio e estiver satisfeito, na próxima mamada inicie pelo peito que ele não terminou de esvaziar.

Como tratar

- ❖ Quando a mama estiver "empedrada", você pode fazer compressas quentes ou deixar a água do chuveiro cair sobre o seio e ir tirando o leite aos poucos.
- ❖ Tomar menor quantidade de líquidos para produzir menos leite. Só faça isso quando a mama estiver empedrada.
- ❖ Mesmo quando a mama estiver empedrada, deve-se continuar amamentando para esvaziar bem a mama. Você pode tirar o excesso de leite com as próprias mãos.



Fissura/Rachadura Mamilar - "Calor de fogo": rachaduras no bico do peito que podem doer e sangrar. Acontece quando a mulher não o prepara para a amamentação, quando usa sabonete ou creme no bico do peito, usa frequentemente bomba para tirar leite ou quando o bebê não pega o seio corretamente.

Como evitar

- ❖ Preparar as mamas durante a gravidez (ver no Manual da Futura Mamãe).
- ❖ Pegar sol no bico do peito por até 15 minutos, antes das 10 horas da manhã e depois das 4 horas da tarde.
- ❖ Não usar sabonete, creme ou outros produtos além de água no bico do peito.
- ❖ Evitar o uso de bombas para tirar o leite.

Como tratar

- ❖ Pegar sol no bico do peito por até 15 minutos, antes das 10 horas da manhã e depois das 4 horas da tarde.
- ❖ Passar o próprio leite na rachadura.
- ❖ Passar suco de cenoura na rachadura.

Mastite - Infecção na mama: ocorre quando um microorganismo que causa doença entra na mama. A mama fica inchada, vermelha, quente e muito dolorida. **Você pode ter febre**, mal estar, dor de cabeça e falta de apetite.

Como evitar

- ❖ Lavar bem suas mãos antes de amamentar.
- ❖ Evitar o empedramento do seio e a rachadura e continuar amamentando.
- ❖ Usar sutiã limpo e que não seja apertado.

Como tratar

- ❖ Procurar atendimento no Posto de Saúde.
- ❖ Deve-se continuar amamentando mesmo com a infecção.

Cuidados com o bebê

Muitas mães possuem dúvidas quanto aos cuidados com o recém-nascido, algumas ficam confusas, pois muitas pessoas dão sugestões diferentes com relação a esse tema. Elaboramos este manual para dar algumas dicas sobre as dúvidas mais frequentes.

Cuidados com o umbigo: depois de cortado, o umbigo começa um processo de mumificação, ou seja, vai secar até cair, para ajudar nesse processo, vamos dar algumas dicas de cuidados para que o umbigo caia rápido e não ocorram problemas.

- ❖ Lave bem o umbigo do bebê durante o banho, não tenha medo de mexer, pois o bebê não sente dor no umbigo.
- ❖ Após o banho, enxugue bem o umbigo, enrole uma gaze em volta dele e passe álcool 70% em todo o umbigo, depois de pode jogar a gaze fora

- ❖ Depois de passar álcool você pode enrolar o umbigo em uma gaze limpa ou então deixá-lo descoberto. **Não há necessidade de enfaixar.**
- ❖ Fique atenta a sinais de sangramento, cheiro ruim, cor esverdeada e vermelhidão ao redor do umbigo. Se perceber alguma dessas alterações, procure o Posto de Saúde, pois esses podem ser sinais de infecção.

Cólica: quando tem cólica o bebê chora muito, e para ter certeza que esse choro não é de fome, você pode tentar amamentá-lo, se ele mamar um pouco e logo parar e recommear a chorar, provavelmente ele está com cólica. O bebê pode ter cólica por diversos motivos, um deles pode ser o tipo de alimento que a mãe come, fique atenta a isso.

Quando o bebê tiver cólica é bom colocar ele de barriga para baixo, fazer massagens na barriga também pode ajudar. Não dê chás.

Banho de sol: o banho de sol é muito saudável para o seu bebê, o sol faz com que ele cresça forte, é ótimo para o desenvolvimento e também para evitar que seu bebê tenha "amarelão". Você deve colocar o bebê no sol, sem roupa, todos os dias, por até 15 minutos, antes das 10 horas da manhã ou depois das 4 horas da tarde.

Referências

SANTOS, E. K. A. Promoção do Aleitamento Materno. In: OLIVEIRA, M. E.; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos Fundamentais**. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura.

ANEXO E – Parecer final do orientador sobre o relatório da prática assistencial.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O relato de experiência da prática assistencial das acadêmicas apresenta-se inteiramente de acordo com os objetivos e com as exigências pedagógicas da 8.ª Unidade Curricular do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

"O autocuidado no período gestacional" é um estudo que contempla os passos do método científico, não apenas indicado para quem se interessa pelo tema relacionado às questões do nascimento dos seres humanos mas também para o leitor que deseja encontrar no estudo um modo didático de compreender seus capítulos constituintes. Quer seja no referencial teórico de Orm ou na metodologia assistencial elaborada, ou ainda nos resultados obtidos com a prática assistencial desenvolvida, este trabalho mostra a habilidade das acadêmicas em contextualizar a assistência, propor alternativas de atuação de enfermagem profundamente ancorada nas necessidades da população - alvo e ainda a plural reflexão sobre a importância do exercício do trabalho interdisciplinar na atuação à saúde, particularmente das gestantes e suas famílias.

Prof.ª Fabiana Fentilelli

FEV. 2004.